

令和元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)

認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業

報告書

令和2年3月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

まえがき

令和元年（2019年）6月に認知症施策推進関係閣僚会議が取りまとめた「認知症施策推進大綱」においては、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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していく」という基本的な考え方のもと「普及啓発・本人発信支援」「予防」「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」「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」「研究開発・産業促進・国際展開」の施策を認知症の人やその家族の意見を踏まえ推進することが示されています。「認知症施策推進大綱」では、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）までに認知症サポート医養成研修受講者数を1万6千人とすることが目標として示されています。

平成17年度（2005年度）から、地域における認知症に関する地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師として、国が日本医師会及び国立長寿医療研究センターと連携して開始し、都道府県・指定都市が実施主体である認知症サポート医養成研修を受講した医師は令和元年度（2019年度）末までに全国で11,255人にのぼっています。

認知症に関する新たな知見が得られつつあり、医療制度、介護保険制度、認知症の人や家族を取り巻く状況等が変化しつつある現在において、地域において認知症の人や家族を支援する体制を構築する認知症サポート医は最新の知識と理解を有することが求められます。

本年度の老人保健健康増進等事業におきまして、認知症サポート医の役割や認知症サポート医養成研修のあり方について委員会で検討を行うとともに、令和元年度認知症サポート医養成研修受講者を対象として研修会場でアンケート調査を行いました。それらの結果を元に研修教材の改訂を行い、これまで認知症サポート医養成研修を受けられた先生方に教材をお送りしました。

令和2年度からは今回改訂された教材を用いて研修を行います。今後も実情に応じて教材や研修カリキュラムの更なる改善に努めて参ります。

最後にアンケート調査にご回答・ご協力を賜りました認知症サポート医の先生方に深く御礼申し上げます。

令和2年3月

令和元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）

認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業

座長 武田 章敬

認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業

〈目次〉

I 事業概要	1
II 認知症サポート医養成研修教材の改訂	3
1. 講義スライド・参考資料の追加・修正について	3
2. 改訂スライドおよび参考資料（抜粋）	9
III 認知症サポート医養成研修受講者アンケート	50
1. 研修実施概要	50
2. 調査結果	51
IV 考察	60
[資料編]	62

認知症サポート医養成研修アンケート調査票

I 事業概要

1 事業名

認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業

2 事業目的

認知症初期集中支援チームや認知症サポート指導料などの制度の変化を踏まえ、認知症サポート医養成研修のあり方や課題、認知症サポート医制度の活用方法等に関して専門家・関係者等で検討を行い、その結果を踏まえ、認知症サポート医養成研修の研修カリキュラムや教材の改訂を行う。また、認知症サポート医フォローアップ研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修についても検討を行う。

- (1) 調査内容の検討：委員会を組織し、本調査研究を行うために必要な調査項目を検討し、調査票を作成する。また、現行の研修カリキュラムや教材の問題点、改訂すべき点につき検討を行う。
- (2) 認知症サポート医養成研修受講者を対象とした調査を行う。
- (3) 研修カリキュラムや教材の改訂を行う。
- (4) 改訂後のカリキュラムや教材を試行し、その有効性を評価する。

3 実施期間

令和元年6月7日（内示日）～ 令和2年3月31日

4 実施体制

(1) 委員会

◎は座長 [五十音順、敬称略]

	氏名	団体・所属	役職
	栗田 圭一	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター	研究部長
	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
	淵野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会	常務理事
◎	武田 章敬	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	医療安全推進部長
	鷺見 幸彦	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	病院長

〈オブザーバー〉

石井 伸弥

厚生労働省 老健局総務課認知症施策推進室 専門官

II 認知症サポート医養成研修教材の改訂

- 本年度事業では、認知症サポート医養成研修の教材（テキスト・スライド）について、委員会での検討を中心に、改訂作業を実施した。

- 改訂作業の方針は、以下の通りで、スライドおよび解説の加除修正を行った。例示は修正を行った主なスライドである。

① 情報の更新が必要なデータを含むスライドの修正

役割 2	認知症サポート医の活動状況
制度 33	成年後見制度の利用状況
制度 44	高齢者虐待の現状

② 診断基準やガイドラインなど、更新・改訂があったものを反映させる修正

診断・治療 7	改訂された MCI 診断基準による診断と分類の手順
診断・治療 15	レビー小体型認知症の診断基準①
診断・治療 62	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

③ 受講者のニーズが高い分野や新しい施策の情報など、新たに盛り込むべき情報を追加

診断・治療 59	BPSD 治療のアルゴリズム
制度 39	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
制度 50	認知症施策推進大綱

④ 誤字修正やご指摘のあったものの修正

診断・治療 29	特発性正常圧水頭症（iNPH）
制度 28	75 歳以上高齢者の運転免許更新手続
連携 15	認知症疾患医療センター

- テキスト巻末に編集されている資料編についても、内容更新されたもの等、適宜差替えを実施した。

資料 3	かかりつけ医向け 運転免許更新に関する診断書作成の手引き
資料 4	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

- 次ページにスライドタイトルの一覧を示し、その後に、改訂（追加・修正等）を行った研修教材テキスト（解説ページを含む縮小版、スライド右上に「令和元年度改訂」と表示）を掲載する。

- また、本年度の認知症サポート医養成研修の修了者を含む、現任の全認知症サポート医に対して、情報提供および認知症サポート医としての活動に役立てて頂く目的で、改訂版テキストおよびスライドファイルを提供した。



● スライド修正作業一覧

	スライドタイトル	作業内容	
役割	役割 1	認知症サポート医の機能・役割	
	役割 2	認知症サポート医の活動状況	データ更新
	役割 3	認知症サポート医の診療科の内訳	データ更新
	役割 4	地域における認知症サポート医の役割分担と連携の構築	
	役割 5	早期発見・早期対応の意義	
診断・治療	診・治 1	認知症の診断基準(DSM-5)	タイトル変更
	診・治 2	認知機能の障害	新規追加
	診・治 3	認知症や認知機能障害を呈する主要な疾患	新規追加
	診・治 4	可逆性の認知機能障害とその鑑別のための検査	新規追加
	診・治 5	認知症の経過と必要な医療	
	診・治 6	健忘型軽度認知障害	
	診・治 7	改訂された MCI 診断基準による診断と分類の手順	新規追加
	診・治 8	うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	
	診・治 9	うつ病と認知症の関係	
	診・治 10	せん妄の概念	
	診・治 11	せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	
	診・治 12	せん妄の原因	
	診・治 13	せん妄の原因となる主要な薬剤	
	診・治 14	アルツハイマー型認知症の診断基準	
	診・治 15	アルツハイマー型認知症の画像	
	診・治 16	アルツハイマー型認知症の病態(アミロイド仮説)	
	診・治 17	アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症	
	診・治 18	認知症診断における脳脊髄液検査の意義	
	診・治 19	レビー小体型認知症の診断基準①	文言修正

診・治 20	レビー小体型認知症の診断基準②	文言修正
診・治 21	レビー小体型認知症の画像	
診・治 22	レビー小体型認知症の画像所見	矢印位置修正
診・治 23	前頭側頭葉変性症の概念	
診・治 24	行動障害型前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)	
診・治 25	前頭側頭型認知症の画像	
診・治 26	血管性認知症の診断基準	
診・治 27	血管性認知症の考え方の変化	
診・治 28	血管性認知症の画像	
診・治 29	特発性正常圧水頭症(iNPH)	矢印・文言修正
診・治 30	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント	表修正
診・治 31	認知症各病型の典型的な MRI 画像	
診・治 32	認知症各病型の典型的な SPECT パターン	
診・治 33	認知症初期の発見のポイント	
診・治 34	判断・実行機能障害のアセスメント	
診・治 35	ADL のアセスメント	
診・治 36	IADL のアセスメント	
診・治 37	MMSE の程度と ADL/IADL の関係	
診・治 38	FAST によるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント	
診・治 39	CDR による重症度アセスメント	
診・治 40	DASC-21 による認知症アセスメント	
診・治 41	認知症の説明(告知)と法的な取扱い	
診・治 42	認知症の人への支援	
診・治 43	家族への支援	
診・治 44	アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果	
診・治 45	コリンエステラーゼ阻害薬の特徴	
診・治 46	コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点	文言追記
診・治 47	メマンチンの特徴	
診・治 48	メマンチンの使用上の注意点	
診・治 49	投薬に際して注意すべきこと	
診・治 50	何をもって薬剤の効果判定を行うか	
診・治 51	最軽症例の治療開始時期について	
診・治 52	レビー小体型認知症の注意点	
診・治 53	前頭側頭型認知症の注意点	
診・治 54	血管性認知症の注意点	
診・治 55	行動・心理症状(BPSD)への対応	

診・治 56	不適切な環境・ケア		
診・治 57	行動・心理症状(BPSD)に対する薬物療法		
	BPSD に対する薬物療法のポイント	削除	
診・治 58	BPSD に対する向精神薬使用ガイドライン	新規追加	
診・治 59	BPSD 治療アルゴリズム	新規追加	
診・治 60	BPSD の種類による治療の実際	新規追加	
診・治 61	BPSD に対する抗精神病薬使用のポイント	新規追加	
診・治 62	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	内容修正	
診・治 63	認知症におけるリハビリテーション		
制度・連携 (制度)	制度 1	認知症の人の将来推計について	
	制度 2	認知症高齢者の日常生活自立度	
	制度 3	早期からの認知症高齢者支援体制	
	制度 4	認知症高齢者ケアの基本① (高齢者の尊厳を支えるケアの確立)	
	制度 5	認知症高齢者ケアの基本② (日常生活圏域を基本としたサービス体系の構築)	
	制度 6	認知症の本人の視点を重視したアプローチ	
	制度 7	診断直後に本人が支えになった「医師のことば」	
	制度 8	本人にとってのよりよい暮らしガイド	新規追加
	制度 9	認知症とともに生きる希望宣言	新規追加
	制度 10	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式	
	制度 11	相談窓口	
	制度 12	地域包括ケアシステム	
	制度 13	認知症の人への支援体制(医療・介護・地域の連携)	
	制度 14	介護サービスの利用の手続き	新規追加
	制度 15	介護給付(介護保険サービス)	文言修正
	制度 16	地域密着型サービス	文言修正
	制度 17	小規模多機能型居宅介護	
	制度 18	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	制度 19	看護小規模多機能型居宅介護	文言修正
	制度 20	予防給付と地域支援事業	文言修正
		要支援・要介護認定	削除
	制度 21	主治医意見書の役割	
	制度 22	認知症症例の意見書の書き方①	
	制度 23	認知症症例の意見書の書き方②	
	制度 24	認知症の日常生活自立度の判断	
制度 25	若年性認知症の特徴と現状		

制度 26	若年性認知症の人への支援(制度)	文言追加	
制度 27	認知症の人と運転	誤字修正	
制度 28	75 歳以上高齢者の運転免許証更新手続	誤字修正	
制度 29	一定の違反行為(基準行為)があった場合	誤字修正	
制度 30	認知症と成年後見制度		
制度 31	成年後見制度の特徴		
制度 32	成年後見制度の仕組み	表修正	
制度 33	成年後見制度の利用概況	データ更新	
制度 34	成年後見制度の課題	新規追加	
制度 35	成年後見制度利用促進基本計画について	新規追加	
制度 36	地域連携ネットワークのイメージ	新規追加	
制度 37	成年後見制度における診断書の見直し	新規追加	
制度 38	成年後見制度における診断書	新規追加	
制度 39	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①	新規追加	
制度 40	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②	新規追加	
制度 41	意思決定支援のプロセス	新規追加	
制度 42	厚生労働省が示す意思決定ガイドライン	新規追加	
制度 43	日常生活自立支援事業		
制度 44	高齢者虐待の現状	データ更新	
制度 45	高齢者虐待防止における医師の役割		
制度 46	認知症の行方不明者について	新規追加	
制度 47	徘徊による行方不明者の実態(発見までの時間)	新規追加	
制度 48	認知症サポーター		
制度 49	地域啓発のポイント		
制度 50	認知症施策推進大綱	大綱に差替	
(連携)	連携 1	認知症サポート医にとっての連携	
	連携 2	「連携すること」のかかりつけ医にとっての意味	
	連携 3	専門医がかかりつけ医に望むこと	
	連携 4	サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	
	連携 5	ケアマネジャーとの協働	
	連携 6	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	
	連携 7	訪問看護の役割	
	連携 8	社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士の役割	
	連携 9	かかりつけ医・認知症サポート医と地域包括支援センターの連携	
	連携 10	地域包括支援センター	

連携 11	地域ケア会議	
連携 12	認知症ケアパス	
連携 13	地域連携体制構築の方法①	
連携 14	地域連携体制構築の方法②	
連携 15	認知症疾患医療センター	内容修正
連携 16	認知症初期集中支援チーム	内容修正
連携 17	認知症初期集中支援の流れ(イメージ)	
連携 18	認知症初期集中支援の利点(効果)	
連携 19	チーム員医師の要件(要件緩和)	
連携 20	認知症初期集中支援チームへの医師の関与	
連携 21	認知症地域支援推進員	
連携 22	認知症カフェ	
連携 23	診療報酬改定(令和 2 年度改定)	令和 2 年度改定
連携 24	診療報酬改定(令和 2 年度改定)	令和 2 年度改定
連携 25	病棟サポートのための多職種チームの考え方	

● 参考資料(別冊)一覧

参考資料	資料 1	介護予防マニュアル	
	資料 2	主治医意見書記入の手引き	
	資料 3	かかりつけ医向け 運転免許更新に関する診断書作成の手引き	入替
	資料 4	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	入替
	資料 5	成年後見制度における鑑定書書式	入替
	資料 6	高齢者虐待とは(発見チェックリスト付)	
	資料 7	センター方式シートパック(解説付)	
	資料 8	地域の連携事例(名古屋、板橋、八王子、広島、東京)	

《 役割-1 》

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**
- 地域における「連携の推進役」を期待されている**

【役割-1】

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

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

これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」が期待されている。

【役割-2】

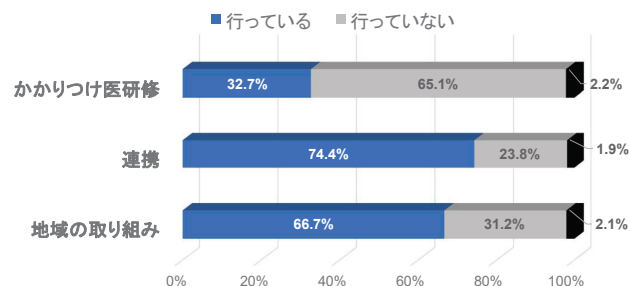
認知症サポート医の活動状況について、平成29年度に行ったアンケートでは、かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・講義に関わっている医師が32.7%、医療連携や多職種連携を行っている医師が74.4%、認知症初期集中支援チームや地域啓発等の地域の取り組みに協力している医師は66.7%であった。

《 役割-2 》

認知症サポート医の活動状況

令和元年度改訂

【n=2,589】 H17～28までに養成研修を受けた認知症サポート医へのアンケート



かかりつけ医研修：かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・講義

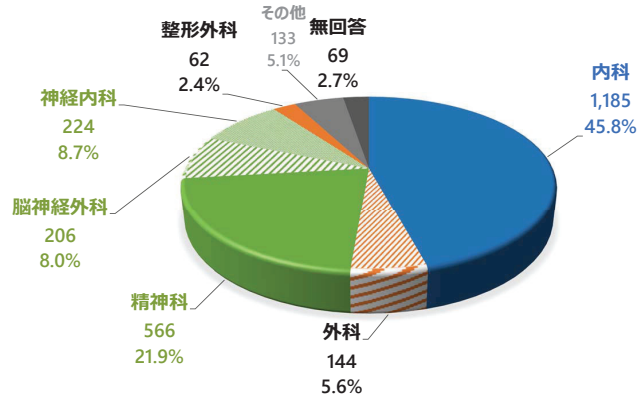
連携：医療連携や多職種連携

地域の取り組み：認知症初期集中支援チームや地域啓発等への協力

【出典：平成29年度老人保健健康増進等事業における調査】

認知症サポート医の診療科の内訳

[n = 2,589] H17～28までに養成研修を受けた認知症サポート医へのアンケート



【出典：平成29年度老人保健健康増進等事業における調査】

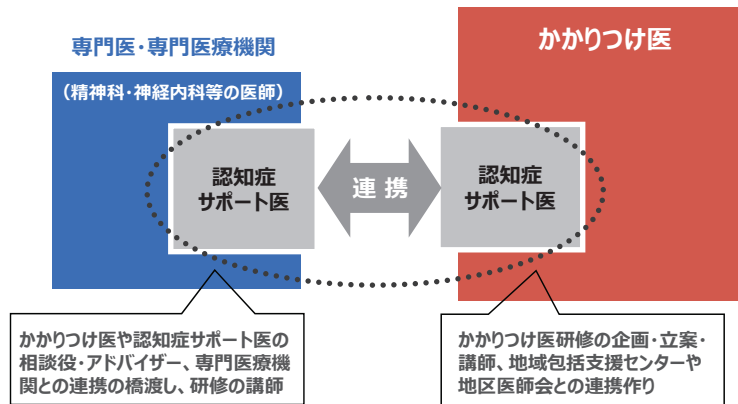
【役割-3】

平成17～28年度に養成研修を受けた認知症サポート医の診療科の内訳としては、「精神科」、「神経内科」、「脳神経外科」を合わせて、38.5%となる一方で、「内科」も、それを上回る45.8%を占めている状況である。

【役割-4】

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

地域における認知症サポート医の役割分担と連携の構築



認知症の診断基準(DSM-5)

- A 1つ以上の認知領域(複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知)が以前の機能レベルから低下している。**
- B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。**
- C 認知機能の低下はせん妄のときのみに見られるものではない。**
- D 他の精神疾患(うつ病や統合失調症等)が否定できる。**

[診断・治療-1]

2013年5月に刊行された米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。

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

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

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

[診断・治療-2]

(解説なし)

認知機能の障害

複雑性注意	通常の作業に時間がかかる、誤りが増える、複数の刺激のある環境で困難が増す、持続性注意、選択性注意、分配性注意の障害等
実行機能	多くの段階をふむ計画を完了するのが困難となる、整理、計画、意思決定に努力を要し、疲労を感じる、ワーキングメモリーの障害、フィードバックの障害、柔軟な対応が困難、会話の変化についていくのが困難等
学習と記憶	同じことを繰り返す、買い物リストを思い出せない等
言語	喚語困難、流暢性の障害、文法の誤り、理解の障害等
知覚・運動	道に迷う、空間作業、描画、模写、パントマイムが困難等
社会的認知	共感の減少、抑制の減少、人格変化、他人の思考、欲求、意図や体験を考慮する能力の障害等

DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル(医学書院)より

認知障害を呈する主要な疾患

- 代表的な疾患
- 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
 - 前頭側頭葉変性症
 - その他の認知症
-
- 可逆性の疾患
- 甲状腺機能低下症
 - 慢性硬膜下血腫
 - 正常圧水頭症
 - ビタミン欠乏症
 - てんかん

[診断・治療-3]

(解説なし)

可逆性の認知障害を来す主な疾患とその鑑別のための検査

疾患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH、FT3、FT4)
ビタミンB群欠乏	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ ・葉酸測定
脳炎、髄膜炎	髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI
てんかん	脳波

[診断・治療-4]

(解説なし)

健忘型軽度認知障害

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

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

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

[診断・治療-6]

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

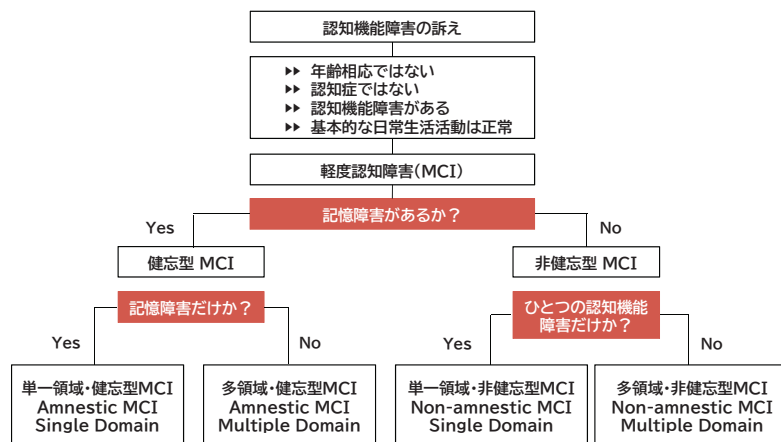
出典

Petersen RC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001;58:1985-1992.

Bruscoli M et al. Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. Int Psychogeriatr. 2004;16:129-40

令和元年度改訂

改訂されたMCI診断基準による診断と分類の手順



(Petersen RC : J Intern Med, 256 : 183-194, 2004)

[診断・治療-7]

(解説なし)

認知症診断における脳脊髄液検査の意義

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

[診断・治療-18]

アルツハイマー型認知症ではAβ42の低下、総tau、リン酸化tauの上昇を認める^{1,2)}。
脳脊髄液中のAβ42の低下は脳内Aβ蓄積を反映すると考えられており、アミロイドPETの結果とよく相関する³⁾。リン酸化tauの測定は認知症の補助診断を目的とした検査として保険適応となっている。またアルツハイマー型認知症にコンバートする軽度認知症者は、Aβ42の低下、総tau、リン酸化tauの上昇を認めることが報告されている。

出典

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

レビー小体型認知症の診断基準①

令和元年度改訂

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ンニズム

3. 指標的バイオマーカー

- 1) 大脳基底核でのドパミントランスポーター取り込み低下
- 2) MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
- 3) 睡眠ポリグラフ検査による筋活動低下を伴わないレム睡眠

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

[診断・治療-19, 20]

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

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

出典

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

レビー小体型認知症の診断基準②

4. Probable DLB(ほぼ確実なDLB)は以下により診断される

- a) 4項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在
- b) 中核的特徴が1項目かつ指標的バイオマーカーが1項目以上存在

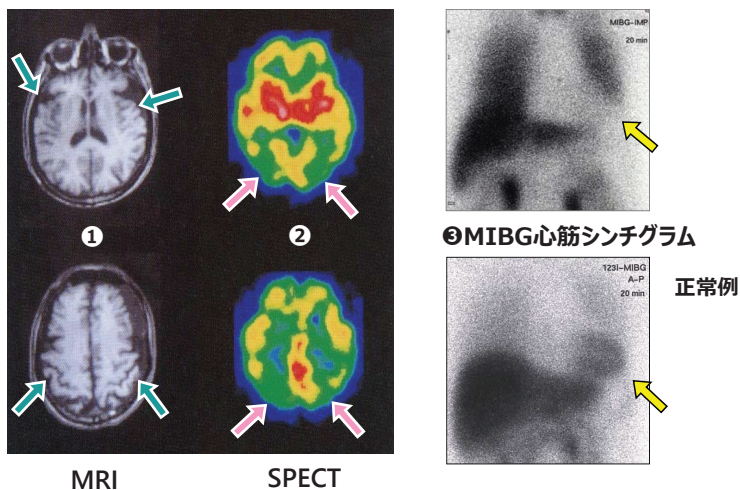
Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断すべきではない

5. Possible DLB(DLBの疑い)は以下により診断される

- a) 中核的特徴だけが1項目存在
- b) 指標的バイオマーカーだけが1項目以上存在

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

レビー小体型認知症の画像



[診断・治療-21]

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

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

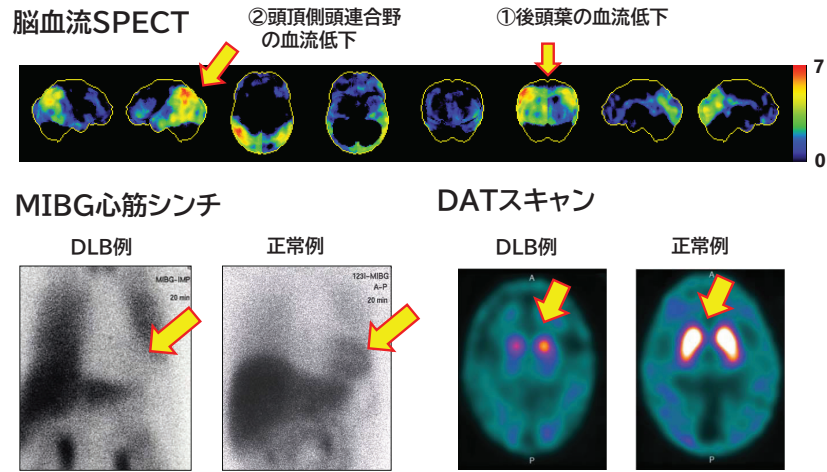
脳の血流を評価する SPECT では、後頭葉の血流の低下が見られる。頭頂側頭連合野の血流の低下に加えて、後頭葉の血流の低下が見られるのが特徴とされている(画像②)。

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

出典

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

レビー小体型認知症の画像所見



(画像はいずれも国立長寿医療研究センターの症例による)

[診断・治療-22]

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

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

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

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

出典

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

[診断・治療-23]

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

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

出典

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

前頭側頭葉変性症の概念

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

2) 分類： 前頭側頭葉変性症 (FTLD)

- 前頭側頭型認知症 (FTD)
- 進行性非流暢性失語症 (PNFA)
- 意味性認知症 (SD)

新分類： 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

血管性認知症の画像

【診断・治療-28】

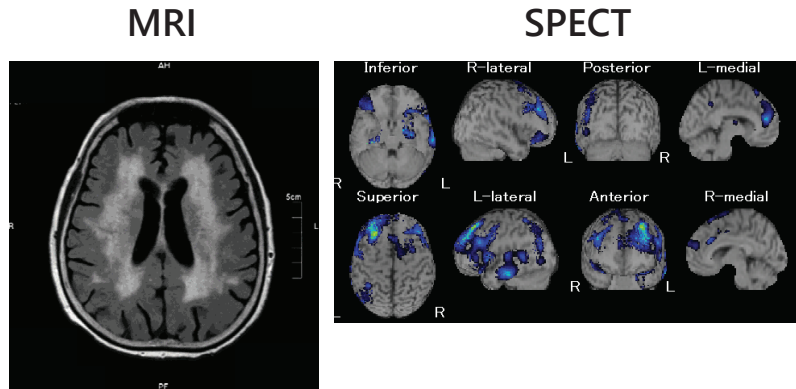
血管性認知症の画像パターンは大きく3つに分類される。

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

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

出典

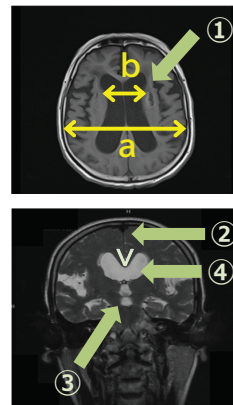
目黒謙一: 血管性認知症 ワールドプランニング 2008 東京



特発性正常圧水頭症(iNPH)

令和元年度改訂

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



1. 脳室拡大(Evans index $b/a > 0.3$)
2. 高位円蓋部・正中部の脳溝・脳槽狭小化
3. シルビウス裂・基底槽の拡大
4. Callosal angle < 90 deg.

【診断・治療-29】

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

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

出典

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

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、側頭葉内側の萎縮	海馬、側頭葉内側は比較的保たれる	前頭葉・側頭葉の限局的萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野後部帯状回楔前部前頭葉	頭頂側頭連合野後頭葉	前頭葉・側頭葉	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
その他		MIBG心筋シンチで取り込み低下 DATスキャンでのトパミントランスポーター取り込み低下		

[診断・治療-30]

認知症専門外来では、認知症の病型診断の補助検査として MRI や SPECT や FDGPET が用いられる。各病型の画像診断の特徴を表(スライド 30)にまとめた。典型的な経過や臨床症状があり、表に示すような特徴的な画像所見を呈する場合は病型診断しやすいが、典型的でない画像所見を示すこともまれでない。その場合は臨床症状や経過が優先する。

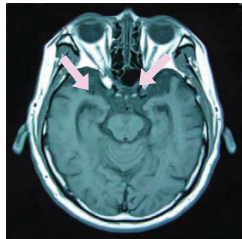
また近年 VSRAD(Voxel-based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease)のような海馬傍回付近の萎縮の程度を数値化して診断を支援するツールが開発された。この方法により萎縮が存在するかどうかは明確になったが、萎縮の存在がすなわち機能の低下や疾患の存在ではない。逆に萎縮がなくても機能低下が存在することもまれでない。また、萎縮がないからといって AD を否定できない。

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

[診断・治療-31]

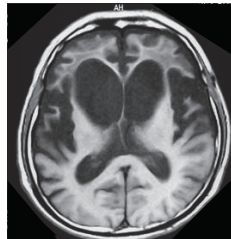
(解説なし)

認知症各病型の典型的なMRI画像

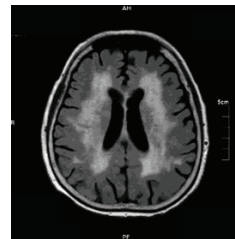


アルツハイマー型
認知症

(側脳室下角の開大
と海馬の萎縮)



前頭側頭型
認知症



血管性認知症

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（ドネペジルはDLBにも可）
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

重大ではないが頻度の高い副作用

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

[診断・治療-46]

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

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

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

[診断・治療-47]

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

メマンチンの特徴

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

行動・心理症状(BPSD)に対する薬物療法

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

- 抗精神病薬
- 睡眠導入薬
- 抗うつ薬
- 抗てんかん薬
- 漢方薬

[診断・治療-57]

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

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

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

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

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

出典(参考)

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

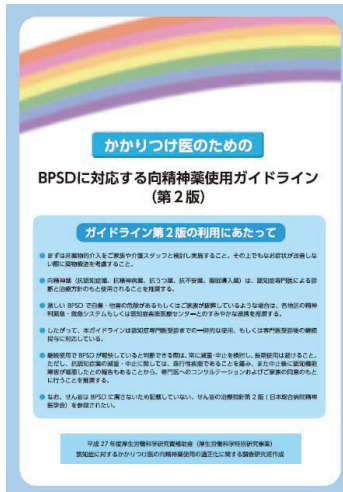
[診断・治療-58]

平成27年度厚生労働科学特別研究事業において取りまとめられた「かかりつけ医のためのBPSDに対する向精神薬使用ガイドライン(第2版)の部分を提示する。

全文は厚生労働省HP(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>)からダウンロード可能である。

令和元年度改訂

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン



<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>

BPSD治療アルゴリズム

非薬物的介入を最優先する。

(出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を探る)



- ・他に身体的原因がない。
- ・以前からの認知症以外の精神疾患がない。
- ・服用中の薬物と関係がない。
- ・服薬遵守に問題がない。
- ・適応外使用も含めて当事者から十分なインフォームドコンセントが得られている。

「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」

[診断・治療-59]

(解説なし)

BPSDの種類による治療の実際

低用量で開始し、症状を見ながら漸増する。

- ・ **幻覚、妄想、攻撃性、焦燥**
メマンチンやコリン分解酵素阻害薬の開始や増量により改善しない場合は、減量・中止し、抗精神病薬、抑肝散、バルプロ酸の使用を検討する。
- ・ **抑うつ症状、うつ病**
コリン分解酵素阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬の使用を検討。
- ・ **不安、緊張、易刺激性**
抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の使用を検討。
- ・ **入眠障害、中途/早朝覚醒**
環境調整を行ったうえで睡眠導入薬/抗うつ薬/抗精神病薬の使用を検討。
- ・ **過食、異食、徘徊、介護への抵抗**
向精神病薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分。

「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」

[診断・治療-60]

(解説なし)

BPSDに対する抗精神病薬使用のポイント

アルツハイマー病を始め認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。

作用機序	薬剤名	対象となるBPSDの症状	注意点	半減期 (時間)	用量 (mg)*
セロトニン受容体・ドパミン受容体遮断	リスベリドン	・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。 パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLB に対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLB に対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体部分刺激	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。 鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

*用量は添付文書、国外の文献およびエキスパートオピニオンを参考

DLB：レビー小体型認知症

「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」

[診断・治療-61]

(解説なし)

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

2C：科学的根拠は弱いが実施することを提案する

- ・現実見当識訓練 (Reality orientation)
- ・認知刺激 (療法)
- ・認知機能訓練 (認知トレーニング)
- ・認知リハビリテーション
- ・回想法
- ・運動療法
- ・音楽療法
- ・光療法

[診断・治療-62]

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

出典

日本神経学会監修、「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集。認知症疾患診療ガイドライン2017, Alzheimer 型認知症の非薬物療法の効果は。230-232, 医学書院, 2017

《 制度-7 》

診断直後に本人が支えになった「医師のことは」

～ 日本認知症ワーキンググループ 本人の語りより ～

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

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

「心配しないでくださいよ。わたしがこれから、ずっとみていきますよ。」

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

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

… この言葉で、妻もわたしもほっとしました。 (60代 男性)

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

… ばあっと視界が開けた。 (60代 男性)

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

… よく説明してくれて、この先生についていこうと思った。 (70代 男性)

「今は地域でいろいろな人が支えてくれますよ。一人で悩まないで。家に戻って落ち着いたら、この〇〇さんに相談してみるといいですよ。なんでも相談をさせていただきますよ。」

… 資料を渡していただき、その場所と電話番号に〇印をつけていただきました。早速、電話しました。 (70代 女性)

[制度-7]

(解説なし)

《 制度-8 》

令和元年度改訂

本人にとってのよりよい暮らしガイド



東京都健康長寿医療センターHPからダウンロード可能
<http://www.tmg Hig.jp/research/info/archives/012474/>

[制度-8]

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」は、「認知症になったら、何もわからなくなる、何もできなくなる」「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「わかること・できることはたくさんある」「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、新しいことを学んだり、やりたいことにチャレンジできる、家族や社会の役に立てる」などのメッセージとそれを実現するための具体的方法が述べられている。

認知症とともに生きる希望宣言

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。

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

認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式

【共通の視点】

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

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

【制度-9】

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)が、希望を持って前を向き自分らしく暮らし続けることを目指し、認知症とともに暮らす本人一人ひとりが自らの体験と思いを言葉にして、2018年(平成30年)11月に表明したものである。

【制度-10】

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

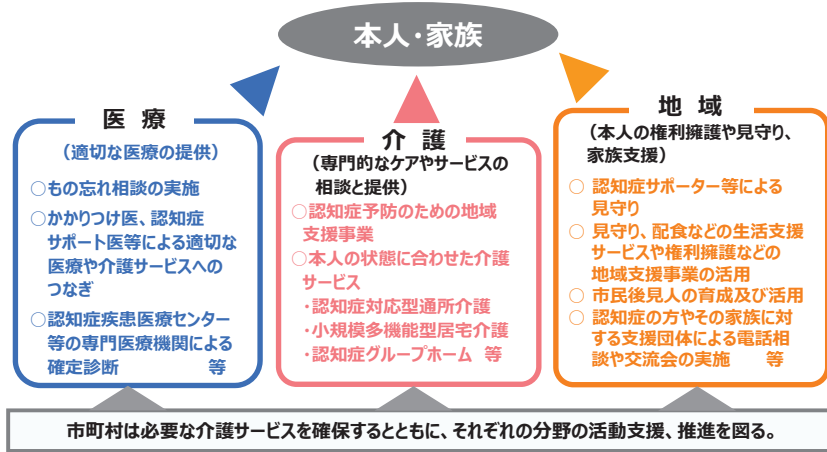
センター方式はスライドにある5つの視点に基づいてアセスメントが行われ、ケアプランが作成され、モニタリングされる。このような認知症の人に適したケアマネジメントは、わが国では初めての試みである。

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

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

認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

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



[制度-13]

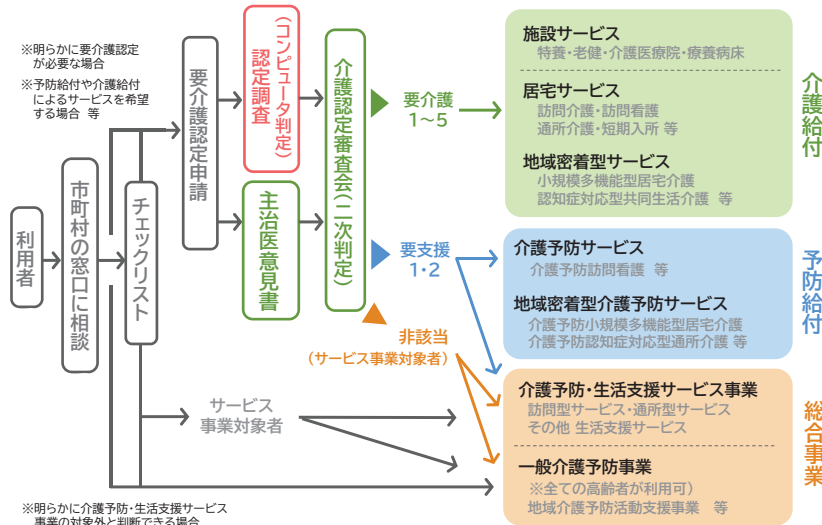
各市町村において、認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは、医療・介護・地域のステージごとに、地域の実情を踏まえつつ、多方面にわたって展開されている。しかしながら、認知症の方のその時々状態やニーズに適切に対応していくためには、各サービスが有機的に連携し、効果的な支援を行っていく必要がある。

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

《 制度-14 》

介護サービスの利用の手続き

令和元年度改訂



[制度-14]

介護サービス利用の手続きは利用者が市町村の窓口で相談することから始まる。介護認定は認定調査員による調査の結果と主治医意見書の内容に基づき、介護認定審査会において判定される。

要介護度に応じて支給限度額が決められている。自己負担額は所得に応じて1~3割となっている。

介護給付(介護保険サービス)

居宅サービス

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

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
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)

【制度-15】

平成 30 年度から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の「長期療養」機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設された。

平成 29 年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養型医療施設については、その経過措置期間を6年間延長することとなった。

【制度-16】

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(平成 24 年 4 月～)、夜間対応型訪問介護、小規模事業所による通所介護(地域密着型通所介護、平成 28 年 4 月～)、認知症専用のデイサービス(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(旧複合型サービス、小規模多機能型居宅介護+訪問看護、平成 24 年 4 月～)、グループホーム(認知症対応型生活介護)、入居定員 29 名以下の介護専用型特定施設(地域密着型特定施設入居者生活介護)、同じく定員 29 名以下の小規模な特養(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)の計 9 種類のサービスがある。

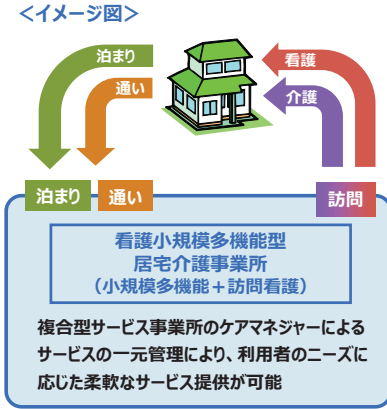
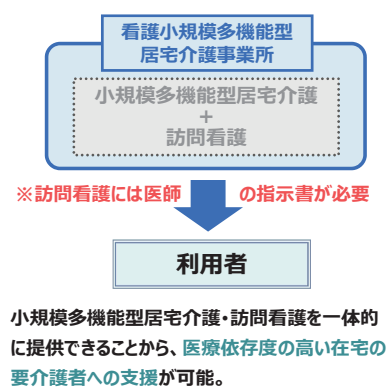
地域密着型サービス

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

- ▶▶ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▶▶ 夜間対応型訪問介護
- ▶▶ 地域密着型通所介護
- ▶▶ 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
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

看護小規模多機能型居宅介護

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



[制度-19]

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つ「看護小規模多機能型居宅介護(旧称:複合型サービス)」が、平成24年度制度改正の際に導入された。

このサービスは、自宅での生活を希望する本人、家族のニーズに応じて、「通い」を中心に「泊まり」「訪問」を柔軟に組み合わせ提供する小規模多機能型居宅介護に加え、「訪問看護」を一体的に提供することにより、要介護度と医療依存度がともに高い、在宅の要介護高齢者の地域での生活を支えることが意図された。

その主な特徴は、

- ①ケアマネジメントは、訪問看護を含め、看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置されるケアマネジャーが一体的に行うこと
- ②主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができること
- ③訪問看護の利用については、医師の指示(書)が必要となること
- ④介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること
- ④急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること

などである。

予防給付と地域支援事業

	介護給付 (要介護1~5)
	予防給付 (要支援1・2)
地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1・2、それ以外の者) <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ・生活支援サービス(配食等) ・介護予防支援事業(ケアマネジメント) ○ 一般介護予防事業
	包括的支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターの運営 (従来3事業に加え、地域ケア会議の充実) ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 (認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等) ○ 生活支援体制整備事業 (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)
	任意事業

[制度-20]

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

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

若年性認知症の人への支援(制度)

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

[制度-26]

1. 精神通院医療費の助成(自立支援医療)

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

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

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

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

3. 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援

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

4. 障害者総合支援法によるサービス・支援(障害者総合支援法)

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

5. 介護保険の在宅・施設サービス(介護保険法)

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

6. 障害年金

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

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

7. 若年性認知症コールセンター

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

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

8. 若年性認知症支援コーディネーター

都道府県・指定都市ごとに設置された若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口配置され、相談・支援、関係者のネットワークの調整、情報提供等を行う。

9. 認知症の人と家族の会(各都道府県支部等)

認知症の人と運転

- 平成29年3月12日、改正道路交通法が施行
- 75歳以上高齢者の **運転免許更新** の際、従来の認知機能検査の結果によって、
「高齢者講習」や「臨時適性検査 または 医師の診断書」が必要
- 75歳以上で、**一定の違反行為(基準行為)があった場合** に、**臨時の認知機能検査の受検、その結果によって、**
「臨時高齢者講習」や「臨時適性検査 または 医師の診断書」が必要
- 臨時適性検査・診断書は、都道府県公安委員会より本人に対して**通知・命令**

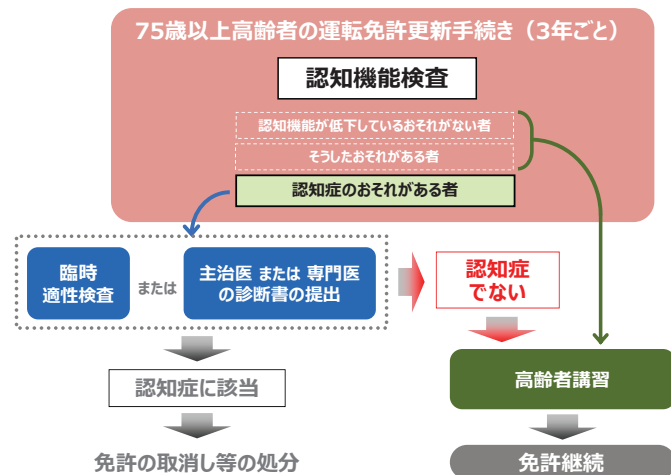
[制度-27]

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

従来、75歳以上の高齢者の免許証更新手続きの際、認知機能検査及び高齢者講習を受けなければならないこととされており、この認知機能検査で「認知症のおそれあり」と判定され、かつ、一定の違反行為(基準行為)があった場合には、臨時適性検査を要していたが、①認知機能検査の結果、「認知症のおそれ」と判断された場合には、基準行為の有無を問わず、臨時適性検査または医師の診断書が必要に、また、更新時に限らず、②一定の違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検、その結果によって、臨時適性検査または医師の診断書や臨時高齢者講習が必要となった。

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

75歳以上高齢者の運転免許更新手続き

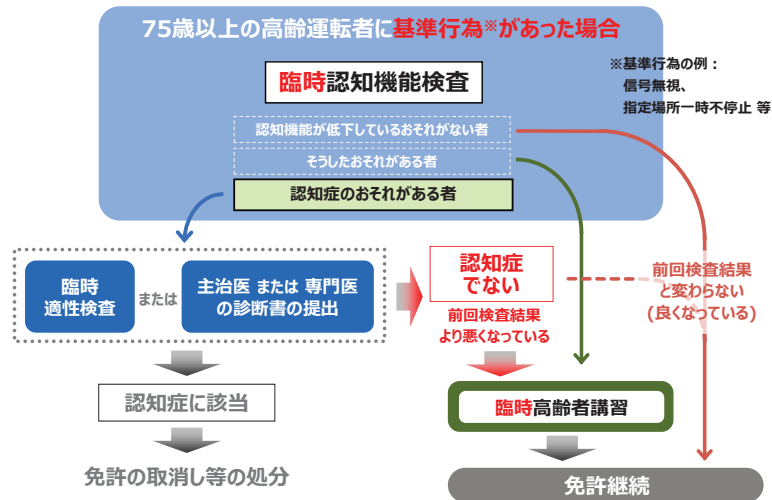


[制度-28]

[3年ごとの運転免許更新の場面]

- ①運転免許更新手続きの際に認知機能検査を受検
- ②認知症のおそれがある場合(左の流れ)、臨時適性検査の受検または医師の診断書の提出
⇒ 認知症と診断された場合、免許の停止または取り消しとなる
⇒ 認知症でないと診断された場合、高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる
- ③認知機能低下のおそれがある場合およびそのおそれがない場合(右の流れ)、高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる

一定の違反行為(基準行為)があった場合



[制度-29]

[一定の違反行為(基準行為)があった場合]

- ①免許更新時に限らず、信号無視や指定場所一時不停止などの違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検
- ②認知症のおそれがある場合(左の流れ)、臨時適性検査の受検または医師の診断書の提出
⇒ 認知症と診断された場合、免許の停止または取り消しとなる
⇒ 認知症でないと診断された場合、検査結果が前回より悪くなっているときは、臨時高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる。検査結果が変わらない・良くなっているときは、(講習なく)免許更新(継続)となる。
- ③認知機能低下のおそれがある場合(右内側の流れ)、検査結果が前回より悪くなっているときは、臨時高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる。検査結果が変わらない・良くなっているときは、(講習なく)免許更新(継続)となる、
- ④認知機能低下のおそれがない場合(右外側の流れ)、(講習なく)免許更新(継続)となる。

[制度-30]

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

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

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

認知症と成年後見制度

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

「措置」から「契約」へと制度を転換

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

高齢者・障害者等の尊厳の保持

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

成年後見制度の特徴

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

〔制度-31〕

- 従来制度からの変更点を中心に、成年後見制度のポイントを解説する。
- ①まず、任意後見制度が設けられたことである。つまり、本人に判断能力があるときに後見人を選出し、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護(医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど)が含まれる。
 - ②従来の禁治産に相当する後見類型、準禁治産に相当する保佐類型に加え、補助類型が追加された。軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。
 - ③財産管理から身上監護を中心とした制度となった。法人後見あるいは複数後見が可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。
 - ④これまでの戸籍への記載が廃止され、成年後見登記制度が新設された。
 - ⑤これまでは親族に限られていた申し立て権が市区町村長にも付与された。また、配偶者が自動的に後見人になる従前の仕組みも改められ、本人にとって最もふさわしい後見人が家庭裁判所により選任されるようになった。このことは「介護の社会化」に対応して「後見の社会化」といわれる。
 - ⑥また、平成 24 年 4 月の法改正において、新たに「市民後見人」という概念が導入された。市民後見人とは、弁護士、司法書士等の専門職による法定後見人に対して、一般市民が一定の研修を受講して後見事務を担うもので、後見制度の普及の担い手として期待される。
 - ⑦実際の利用申請は、家庭裁判所に申し立てを行うことになるが、その相談は、市町村窓口や、法テラス(日本司法支援センター)、地域包括支援センター などで行うことができる。

成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

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

○法定後見制度(下表参照)

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

	後見	保佐	補助
対象者	判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者	本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	財産管理についての全般的な代理権、取消権(日常生活行為を除く)	特定の事項 ^{※1} についての同意権 ^{※2} 、取消権(日常生活行為を除く)
	申し立てにより与えられる権限	—	▶ 特定事項 ^{※1} 以外の事項についての同意権 ^{※2} 、取消権(日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為 ^{※3} についての代理権

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項(民13 I)
 ※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限
 ※3 民13 I に挙げられる、要同意の行為に限定されない

〔制度-32〕

(解説なし)

成年後見制度の利用概況

- 平成30年の成年後見関係事件の申立件数は36,549件。
- 後見開始の審判の申立件数は 27,989件、保佐開始は 6,297件、補助開始は1,499件、任意後見監督人選任は764件。
- 市区町村長による申立が 7,705件(前年7,037件)。
- 主な申立て動機は、「預貯金等の管理・解約」が 30,500件と最も多く、次いで、「身上監護」が 14,906件。
- 終局事件のうち、鑑定を実施したのは 全体の8.3%であり、鑑定費用は、「5万円以下」が55.1%であった。(96.0%が10万円以下)

(最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況-平成30年1月～12月-」より)

成年後見制度の課題

- 利用者数が少ない
(平成30年12月末で21万8,142人)
- 後見・保佐・補助のうち後見類型の利用者の割合が 78.7%を占める
- 専門職後見人(親族以外の弁護士、司法書士、社会福祉士等)が選任される割合は76.8%。
その中には本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的視点に乏しい運用がされているものもあるとの指摘がある
- 市区町村長による申し立ての増加

(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30年1月～12月-」より)

[制度-33]

平成30年の成年後見制度の利用概況を示す。

市区町村長による申立が増加している。また、鑑定書作成を求められる率は全体の8.3%である。

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

[制度-34]

成年後見制度について、利用者数が伸びず、後見、補助、保佐の3類型のうち、最も重い後見と判定される例が多く、本人の意思決定支援が可能な軽度の利用が少ないこと、また、親族後見人による不正の多発を受け、弁護士・司法書士・社会福祉士などの職業後見人の割合が多い一方で、その中には本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的視点に乏しい運用がされているものもあるなどの課題が指摘されている。

成年後見制度利用促進基本計画について

- H28.5 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行
- H28.9 「成年後見制度利用促進会議」より、「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める(基本計画の案に盛り込むべき事項について)
- H29.1 「委員会」意見取りまとめ
- H29.3 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

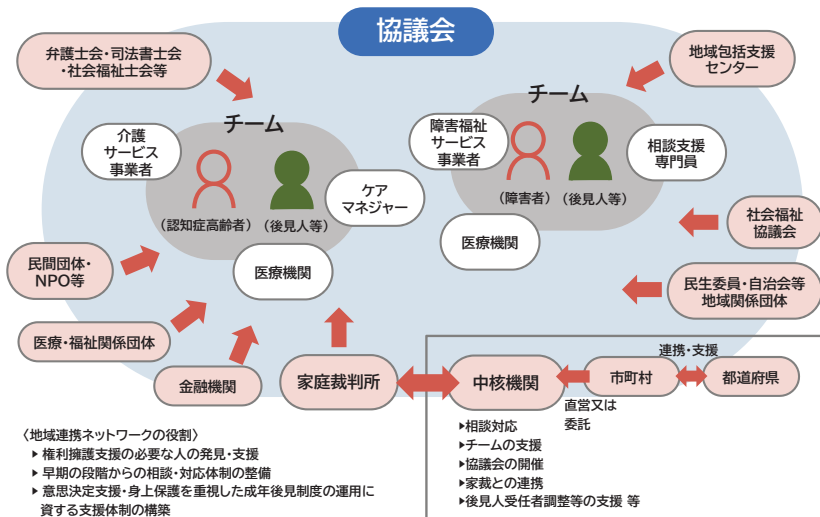
〈計画のポイント〉

- (1) 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善
 - ▶ 財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代
- (2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり
 - ▶ ①制度の広報、②制度利用の相談、③制度利用促進、④後見人支援等の機能を整備
 - ▶ 本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制(「協議会」、コーディネートをを行う「中核機関(センター)」の整備
- (3) 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和
 - ▶ 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

[制度-35]

平成28年(2016年)に成年後見制度利用促進法が施行され、平成29年(2017年)成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定された。その取り組みの中で利用者がメリットを実感できる制度の運用(意思決定支援のための指針の策定、診断書の見直し、適切な後見人選任のための検討等)、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、不正防止の徹底と利用しやすさとの調和、成年被後見人の権利制限の見直し等が行われている。

地域連携ネットワークのイメージ



[制度-36]

全国どの地域に住んでいても、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な地域体制の構築を目指して、各地域における相談窓口を整備し、成年後見制度の利用が必要な人を発見し、必要な支援につなげる仕組みを整備する。

また、本人の自己決定権を尊重し、身上保護を重視した成年後見制度の運用を行うため、本人の状況に応じて、本人に身近な親族、福祉・医療・地域の関係者と後見人がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的にフォローするような体制を構築するとともに、福祉・法律の専門職が専門的助言・相談対応等のサポートに参画する仕組みを整備する。こうしたチーム対応は、連携して本人を支援する既存の枠組みも活用しながら行う。

このため、各地域において、専門職団体や関係機関が連携体制を強化するための協議会等を設立し、各専門職団体や各関係機関が自発的に協力する体制づくりを進める。さらに、専門職による専門的助言等のサポートの確保や、協議会等の事務局など、地域連携ネットワークのコーディネートを担う中核的な機関の設置に向けて取り組む。

成年後見制度における診断書の見直し

① 判断能力についての意見欄の見直し

意思決定支援の考え方を踏まえ、「支援を受けて契約等を理解・判断できるか」についての意見を求める表現に

② 判定の根拠を明確にするための見直し

自由記載としていたものを改め、見当識や意思疎通など4点について、障害の有無等を記載する欄を新設

③ 福祉関係者の作成する「本人情報シート」の書式を新たに作成

よりの確な診断に資するよう、新たに福祉関係者が本人の生活状況等を医師に伝えるためのシートを作成

[制度-37]

成年後見制度利用促進基本計画における利用者がメリットを実感できる制度の運用の一環として平成 29 年度から診断書の見直しが行われた。

判断能力についての意見欄は意思決定支援の考え方を踏まえた表現に変更され、判定の根拠を明確にするために精神上の障害の有無と程度を具体的に記載できるよう変更され、本人の生活全般について福祉の面で支援されている福祉関係者が「本人情報シート」を作成し、医師の診断補助に役立てることとなった。平成 31 年 4 月から新しい診断書が運用されている。

成年後見制度における診断書

The image shows two versions of a medical diagnosis form for the Adult Guardianship System. The left form is the old version, and the right form is the revised version. Red dashed circles highlight changes in the 'Opinion on Judgment Capacity' section and the 'Welfare Information Sheet' section.

旧版 (左側):

- 1 氏名 (男・女) 年 月 日生 (歳)
- 住所
- 2 医学的診断
 - 診断名 (①判断能力に影響するものを記載してください。)
 - 所見 (現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症、合併症など)
 - 各種検査
 - 認知症診断用スケール (MMSE) □ 点 (年 月 日実施) □ 実施不可
 - 脳の萎縮または損傷の有無 □ あり ⇒ □ 部分野のみ □ 全野野のみ □ 軽しい □ 重度
 - 知能検査 □ あり
 - その他
 - 短期間で回復する可能性 □ 回復する可能性は低い □ 回復する可能性は高い □ 分からない
 - ②特記事項
- 3 判断能力についての意見
 - 契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することができる。
 - 支援を受けなければ、契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。
 - 支援を受けなければ、契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することができない。
 - 支援を受けても、契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することができない。

新版 (右側):

- 1 氏名 (男・女) 年 月 日生 (歳)
- 住所
- 2 医学的診断
 - 診断名 (①判断能力に影響するものを記載してください。)
 - 所見 (現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症、合併症など)
 - 各種検査
 - 認知症診断用スケール (MMSE) □ 点 (年 月 日実施) □ 実施不可
 - 脳の萎縮または損傷の有無 □ あり ⇒ □ 部分野のみ □ 全野野のみ □ 軽しい □ 重度
 - 知能検査 □ あり
 - その他
 - 短期間で回復する可能性 □ 回復する可能性は低い □ 回復する可能性は高い □ 分からない
 - ②特記事項
- 3 判断能力についての意見
 - 契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することができる。
 - 支援を受けなければ、契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。
 - 支援を受けなければ、契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することができない。
 - 支援を受けても、契約等の理解・内容を自ら理解し、判断することができない。

変更点 (赤い点線):

- 新版の「2 医学的診断」の「所見」欄に、判断能力に関する4つの項目が追加された。
 - ① 意思疎通の有無 (あり ⇒ □ まれに障害がみられる □ 障害がみられるときが多い □ 障害が重度) □ なし
 - ② 他人との意思疎通の障害の有無 (あり ⇒ □ 意思疎通ができないときもある □ 意思疎通ができないことが多い □ 意思疎通ができない) □ なし
 - ③ 理解力・判断力の障害の有無 (あり ⇒ □ 問題はあるが程度は軽い □ 問題があり程度は重い □ 問題が重度) □ なし
 - ④ 記憶力の障害の有無 (あり ⇒ □ 問題はあるが程度は軽い □ 問題があり程度は重い □ 問題が重度) □ なし
- 新版の「3 判断能力についての意見」欄に、福祉関係者が提供する「本人情報シート」に関する記載が追加された。
 - ※ 「本人情報シート」の提供を □ 受けた □ 受けなかった (受けた場合は、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

[制度-38]

(解説なし)

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①

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、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を行う際のガイドラインとなっている。

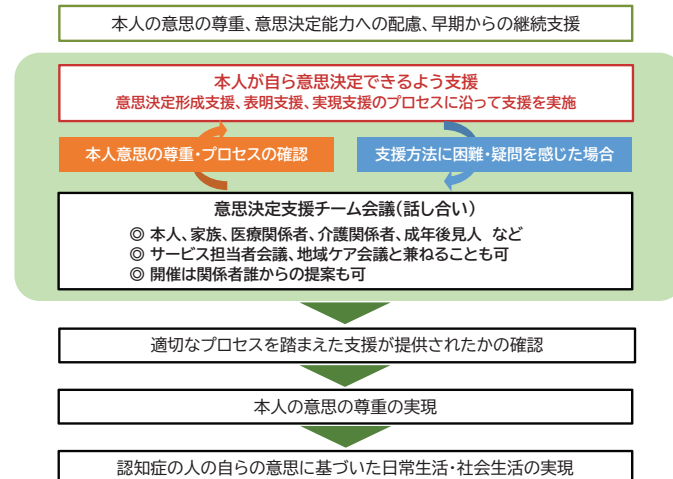
意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。
本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。
また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなつて必要な支援を行う体制(意思決定支援チーム)が必要である。

[制度-39]

厚生労働省は平成30年6月「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」を公表した。本ガイドラインは、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである。基本原則として認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有することを前提にして、意思決定支援を行う。

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②

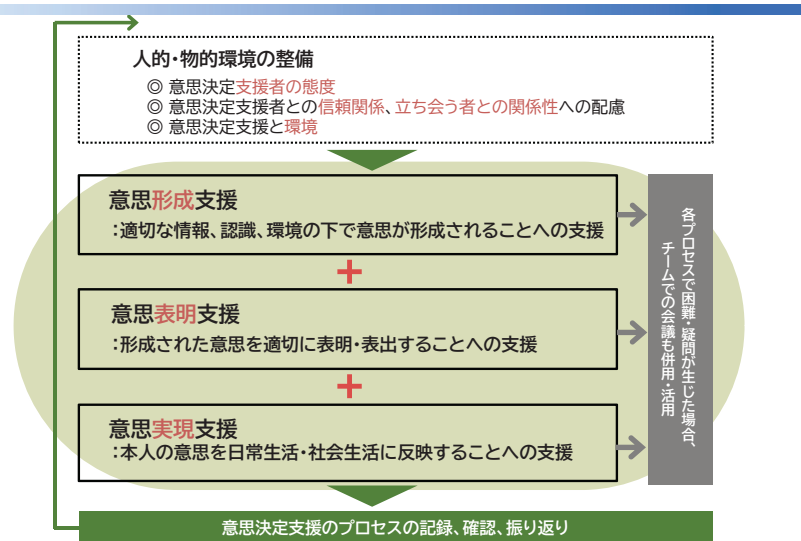


[制度-40]

本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。

意思決定支援のプロセス

令和元年度改訂



[制度-41]

意思決定支援は、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、人的・物的環境の整備が必要である。

本人が適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているかに注意して意思形成支援を行い、その上で本人が適切に表現・表出することができるように支援し、最終的には実現を支援する。

これら 3 つは現実では重なり合い、行きつ戻りつがあるが、適切なプロセスかどうかを見る時には、この環境、振り返りを加えた 5 つの点から確認すると整理しやすい。

厚生労働省が示す意思決定ガイドライン

令和元年度改訂

医政局	老健局	社会・援護局 障害保健福祉部
人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン	障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン
身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン		

[制度-42]

厚生労働省は以下の意思決定支援に関するガイドラインを示している。

- 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン(平成 29 年 3 月)
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(平成 30 年 3 月)
- 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(平成 30 年 6 月)

○身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(令和元年 6 月)
全てのガイドラインに共通することは、「本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である」点である。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドラインでは述べられていないが、その他のガイドラインでは以下の点で共通している。

本人による自己決定が困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって本人の意思を推定する。

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断する。

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）

[制度-43]

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

[制度-44]

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

平成 18 年 4 月に高齢者虐待防止法（正式名は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」）が施行されたことに伴い、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されている。法施行初年度である平成 18 年度から、市区町村等への相談・通報対応件数や状況等について、厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表している。（スライドは平成 30 年度調査結果）

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

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

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 67.7% であり、さらにそのうち、**認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が 71.7% であった。**
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 67.8% が最も多く、以下 心理的虐待 39.5%、介護等の放棄 19.9%、経済的虐待 17.6% の順に多い。
- 市町村の対応窓口の住民への周知が約 85% で実施されている一方で、虐待防止ネットワークの構築の取組については、保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク、関係専門機関介入ネットワークとも、約半数にとどまっていた。

厚生労働省：「平成 30 年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

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

[制度-45]

高齢者虐待防止法においては、

- 保健医療福祉関係者は、高齢者虐待の早期発見、国や地方公共団体による高齢者虐待防止のための施策に協力すること
 - 養護者や養介護施設従事者等により虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、市区町村や地域包括支援センターに通報すること
- が責務として定められており、医師にもこうした責務が課されている。

実際に起きた虐待事例をみると、

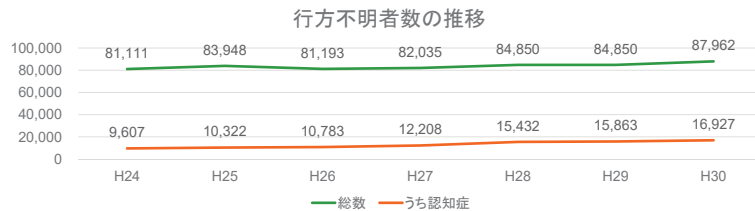
- 高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会が多いことから、高齢者が「息子から頭を殴られた」と訴え受診したことがきっかけで、「虐待の可能性」に気づいた事例がある（法が規定する虐待に相当するかの判断よりも本人の権利擁護を優先）
- 身体的虐待が疑われる場合に、生命・身体の危険性や緊急性を、医師の協力も得て医学的見地から判断することが必要な場合もある
- 虐待者の中には、行政や福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従うという事例も一部報告されている

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

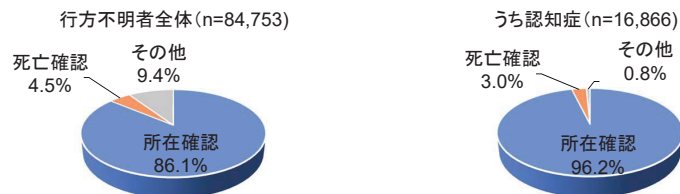
また、併せて、かかりつけ医が担う地域啓発の役割についても、認知症サポート医との協働や助言等が有益となるであろう。

令和元年度改訂

認知症の行方不明者について



行方不明者の所在確認等の状況(平成30年)



警察庁生活安全局生活安全企画課「平成30年における行方不明者の状況」

[制度-46]

警察庁による行方不明者の統計によれば、行方不明者の総数はほぼ横ばいであるのに対して、認知症の行方不明者は年々増加している。

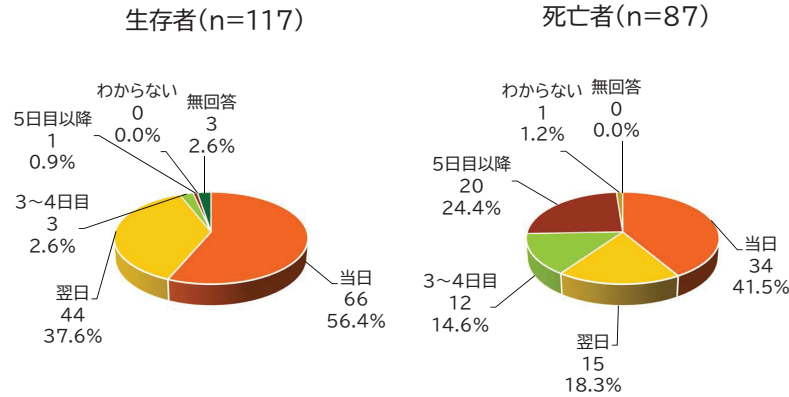
平成30年の行方不明者全体で死亡が確認された者が4.5%であり、認知症の行方不明者で死亡が確認された者は3.0%であった。

こうした認知症の行方不明に対応するため、多くの市町村(平成30年10月1日時点で全市町村の96.1%にあたる1,673ヶ所)で生活関連団体等との認知症高齢者の搜索等に関する協定の締結やGPS等の機器・システムの活用等、見守り体制の構築を進めている。さらに、一部の自治体においては、認知症の人が行方不明になったときに早期に事態を共有し、早期に地域の関係者も搜索に協力できるよう、認知症の人やその家族が事前に本人に関する情報を登録する仕組みやシステム、地域住民も加わった行方不明者搜索のための模擬訓練等を実施している。

認知症の徘徊による行方不明者の実態 発見までの時間

[制度-47]

2013年中に警察に行方不明届が出された認知症者(疑いを含む)の家族を対象とした調査において、回答のあった204人を生存者と死亡者に分けて分析した結果、FASTステージ3以下でも行方不明になっており、死亡者は一人暮らしが多いこと、生死には発見までの期間が関連しており、搜索の初動が重要である可能性が示唆された。死因について回答のあった61人について死因を分類したところ、溺死・水死、低体温症・凍死が多く、交通事故など外傷に起因する死亡は少数であった。



「菊地和則他:老年精神医学雑誌27:323-332, 2016」よりデータを元に作成

出典

「菊地和則他:認知症の徘徊による行方不明者の実態調査. 老年精神医学雑誌 27:323-332, 2016」よりデータを元に作成

認知症サポーター

[目的]

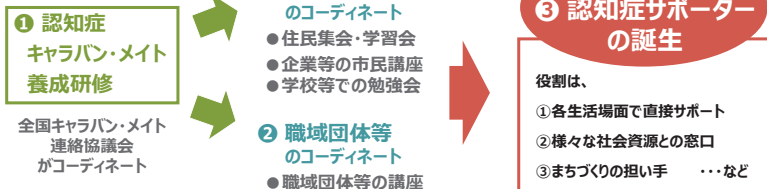
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[展開方法]

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

[展開イメージ]



[制度-48]

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

平成21年度末までに100万人の養成を目標として推進されてきたが、改定された新オレンジプラン及び認知症施策推進大綱では、2020年度末までに1,200万人と目標が引き上げられ、令和元年12月31日現在で、1,234万4,701人の認知症サポーターが養成され、目標はクリアされている。

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

地域啓発のポイント

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

[制度-49]

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

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

認知症施策推進大綱の概要

令和元年度改訂

－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
- 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

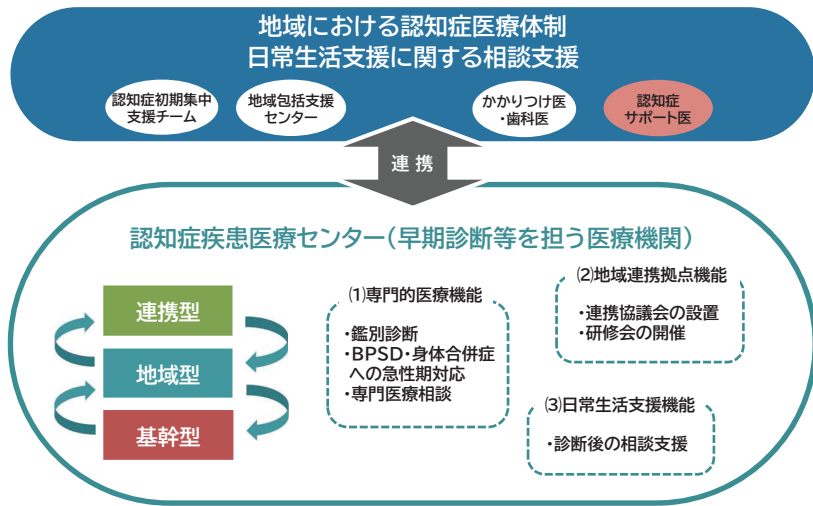
認知症の人や家族の視点を重視

[制度-50]

令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議において取りまとめられた認知症施策推進大綱は、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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していくことを基本的な考え方としている。本大綱においては以下の5つの柱に沿って施策を推進するとされている。

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

認知症疾患医療センター



【連携-15】

認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談といった専門的医療機能と地域において認知症疾患医療連携協議会の設置・運営や情報発信、地域保健医療・介護関係者への研修といった地域連携拠点機能を果たすことが求められている。平成 31 年度から診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能を強化したり、当事者によるピア活動や交流会を開催するなどの日常生活支援機能に関する取り組みを必要に応じて行うことも示された。

認知症疾患医療センターは設置する医療機関の特性、人員配置、検査体制、急性期治療への対応体制等に応じて、基幹型、地域型、連携型に分類される。

認知症疾患医療センターは 2020 年度末までに全国 500 か所の設置、二次医療圏域に少なくとも 1 センター以上の設置が目標とされているが、平成 31 年 1 月時点での設置数は 440 か所であった。

【連携-16】

認知症初期集中支援チームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。

この専門職(薬剤師等の医療職や福祉・介護職)で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に設置され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

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

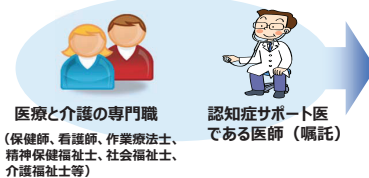
- ①保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士などの国家資格を有する者 または、これらに準ずる者(市町村が認めた場合)※
 - ②認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者
 - ③初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者※
- 上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な医師※を確保することが求められている。

※ 研修受講実態や人員確保の観点から、一定の要件緩和が実施されている。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね 6 ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行うチーム

- 認知症初期集中支援チームのメンバー



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

【対象者】

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

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

診療報酬改定(令和2年度)①

認知症ケア加算の見直し

質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行	改定後
認知症ケア加算1 イ 150点 □ 30点	認知症ケア加算1 イ 160点 □ 30点
認知症ケア加算2 イ 30点 □ 10点	認知症ケア加算2 イ 100点 □ 25点
	認知症ケア加算3 イ 40点 □ 10点

イ 14日以内の期間
□ 15日以上期間
※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、**認知症ケア加算2を新設**する。

改定後

【認知症ケア加算2の施設基準】

- 認知症患者の診療に十分な経験を有する**専任の常勤医師**又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した**専任の常勤看護師**を配置（※経験や研修の要件は加算1と同様）
- 原則として、全ての病棟に、**研修を受けた看護師を3名以上配置**（※研修の要件は加算3と同様）
- 上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言等



② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、**研修を受けた看護師の病棟配置数を3名以上に増やす**。

③ 認知症ケア加算1について、**医師及び看護師に係る要件を緩和**する。

現行	改定後	現行	改定後
【認知症ケア加算2の施設基準】	【認知症ケア加算3の施設基準】	【認知症ケア加算1の施設基準】	【認知症ケア加算1の施設基準】
認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置	認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を3名以上配置 ※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。	認知症ケアチームを設置 ア 専任の常勤医師(精神科又は神経内科の経験5年以上) イ 専任の常勤看護師(経験5年かつ600時間以上の研修修了) ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	認知症ケアチームを設置 ア 専任の常勤医師(精神科又は神経内科の経験5年以上) イ 専任の常勤看護師(経験5年かつ600時間以上の研修修了) ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

厚生労働省「令和2年度診療報酬改定説明資料」から

- 42 -

診療報酬改定(令和2年度)②

(参考)認知症ケア加算の主な要件等

	認知症ケア加算1	(新) 認知症ケア加算2	認知症ケア加算3
点数*	イ 160点 □ 30点	イ 100点 □ 25点	イ 40点 □ 10点
算定対象	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者(重症の意思障害のある者を除く)		
身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をすることが困難な職員を検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス(週1回程度) ・病棟巡回(週1回以上) ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	-
専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師(精神科、神経内科3年又は研修修了) ・専任の常勤看護師(経験5年かつ600時間以上の研修修了) ※ 医師は6時間以上、チームの業務に専事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師(精神科、神経内科3年又は研修修了) ・専任の常勤看護師(経験5年かつ600時間以上の研修修了) ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	-
病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置(うち1名は院内研修可)	-
マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

* 1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）
 ※ 2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。
 ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
 ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者)

厚生労働省「令和2年度診療報酬改定説明資料」から

[連携-23、24]

平成 28 年度診療報酬改定において、認知症の人が身体合併症を来して一般病院内で入院治療を受ける場合の評価において認知症ケア加算が新設された。

認知症ケア加算によって、身体疾患のために入院した認知症の人に対する多職種チーム(認知症ケアに係る専門知識を有する医師、看護師、精神保健福祉士等により構成)の介入(ケアカンファレンス、病棟巡回、アセスメントや病棟職員や家族への助言、研修の実施等)や病棟での取り組み(適切な環境調整やコミュニケーション方法の工夫等)につき、看護計画を作成、実施、評価を行う等が評価されることとなった。認知症ケア加算には認知症ケアチームの設置及び活動を要件とする認知症ケア加算1と認知症ケアチームを必要としない認知症ケア加算2(令和2年度新設)及び3がある。いずれの加算においても、身体的拘束を行った場合、診療報酬を60%に減額して算定することになっている。

認知症ケア加算を算定するためには、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、医療機関内に配布し活用すること、認知症患者に関わる職員に対して認知症ケアに関する研修を実施すること等が施設基準に定められている。

認知症ケア加算を算定できる対象は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準におけるランク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)以上に該当する患者である。

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

目次

第1章	かかりつけ医の対応について	渡辺 憲……	2
第2章	平成29年3月施行改正道路交通法について	警察 庁……	6
	(1) 公安委員会に提出する診断書を作成する上での留意点		
	(2) 改正道路交通法のポイント		
	(3) 警察庁より提示された各種様式		
	ア) モデル診断書様式		
	イ) 診断書記載ガイドライン		
	ウ) 診断書提出命令書様式		
	エ) 医師向けの依頼書（医師の皆様へ）		
第3章	診断書の記載例	栗田 圭一……	16
第4章	高齢者の自動車等の運転と認知症の人を 地域で支えるためのポイント	瀬戸 裕司……	28
	参考資料		…… 30

平成29年3月

日本医師会

第1章 かかりつけ医の対応について

渡 辺 憲

平成29年3月より施行される改正道路交通法により、75歳以上の高齢者の運転免許証の更新に際して、認知症に関連した診断書を求められるケースが急増することが予想されています。

社会の高齢化が進む現代においては、認知症は糖尿病、高血圧症等とならんで、かかりつけ医によるプライマリ・ケアの重要な対象疾患となっています。また、ここ10年余り、全国の都道府県医師会等と連携して、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が開催され、認知症に関わる医学的、さらに介護保険を含めた福祉的対応につき、かかりつけ医の先生方は積極的に取り組んでこられたことと思います。

今回の改正道路交通法により、全国で毎年5万人を越す高齢者において、運転免許証の更新等に際して認知症の可能性が指摘され、診断が必要になることが予想されています。これらのケースについて、専門医のみでは到底対応しきれず、かかりつけ医の協力が必要となります。

また、認知症の診断に際しては、認知機能、知覚運動系を含めた心身機能、さらに生活機能等を継続的に観察し、家族からの情報も把握しているかかりつけ医の役割はきわめて大きいと考えられます。

かかりつけ医には、従来より、患者が地域において安全な社会生活が送れるよう見守り、指導を行うことが求められてきました。すなわち、疾病により、あるいは高齢に伴って歩行が不安定で転倒のリスクが高い患者に、杖や車いすを用いて移動するように助言・指導してきた経緯があります。これと同様に、明らかに認知機能の障害が進みつつあり、自動車運転に危険が予想されるケースにおいては、運転の断念を説得し、さらに、運転免許証の更新に伴って診断書を求められた際には、適切に診断し、指導を行うことが重要です。その際、認知症の診断を行うケースにあっては、単に診断書を交付するのみならず、認知機能検査の結果が良くないことを説明し、公安委員会の審査において免許証の更新が認められない可能性が高いことを丁寧に伝えることが大切です。これによって、患者から免許証の更新を断念する旨の申し出があった場合、診断書を作成しないで、運転免許証更新の手続きの取り下げを指導するのの一法です。

認知症をきたす疾患には多様なものがあります。アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症は四大認知症と言われておりますが、これら以外にも数十種類の認知症の原因疾患があると言われております。また、認知機能の低下がみられても、明らかに認知症のレベルとは判断しきれない境界域（軽度認知障害；MCI）のケースも少なくありません。かかりつけ医の先生方の日常の診療の範囲で判断が困難なケースについては、地域における医療連携の中で、専門医を紹介し診断を委ねたり、専門医の意見を参考に、適切に診断につな

げてゆくことが望まれます。一方、患者によっては、認知症と診断されることを拒否したり、保険診療自体に納得が得られないケースも、少数と思われますが想定されます。これらのケースへの対応につきましては、警察の運転免許担当部局に相談して下さい。

4ページに、改正道路交通法に基づく診断書作成の手順を、フローチャートにしてお示しします（図1）。また、診断書作成にあたっての留意点や、今回の改正道路交通法のポイント、診断書様式例等につきまして第2章に、さらに、診断書の具体的な記載例につきましては、第3章に詳細に解説しております。

最後に、運転免許証を失った高齢者が引きこもったり、社会活動から遠ざかることのないよう支援することも、かかりつけ医の新たな重要な役割と考えます。これにつきましては、第4章をご参照ください。

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

はじめに

成年後見制度は、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いった新しい理念を取り入れ、平成12年4月、民法の改正により導入されました。制度の導入に当たり、最高裁判所は、利用者の便宜に資するよう、本人の事理弁識能力（自分の行為の結果について合理的に判断する能力）についての判断資料として用いられる診断書の書式を作成し、その後、幅広く利用されてきました。

そのような中、平成28年5月、成年後見制度の利用の促進に関する法律が施行され、平成29年3月には、成年後見制度利用促進基本計画（以下「基本計画」という。）が閣議決定されました。基本計画においては、政府は、医師が診断書等を作成するに当たって、福祉関係者が有している本人の置かれた家庭的・社会的状況等に関する情報も考慮できるよう、診断書等の在り方について検討するとともに、本人の状況等を医師に的確に伝えることができるようにするための検討を進めることとされています。このような基本計画の内容を踏まえ、今般、最高裁判所においても、医師が家庭的・社会的状況等に関する情報も踏まえて行った医学的判断をよりの確に表現することができるよう、従前の診断書の書式を改定するとともに、福祉関係者が本人の生活状況等に関する情報を記載し、医師にこれを伝えるためのツールとして、新たに「本人情報シート」の書式を作成することとしました。

この手引は、このような観点から改定された診断書及び新たに導入される本人情報シートを作成する際に参考としていただくために、成年後見制度の概要を説明した上で、各書式についての記載ガイドライン及び複数の記載例を掲載しています。

新しい診断書の書式及び本人情報シートの作成に当たっては、認知症や障害がある方の各関係団体や、医療・福祉に携わる関係団体から有益な御意見をいただきました。特に、各書式についての記載ガイドライン及び記載例を作成するに当たっては、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本社会福祉士会及び公益社団法人日本精神保健福祉士協会から、専門的な知見に基づく御助言をいただきました。御協力いただいた皆さまには、この場を借りて御礼を申し上げます。

今後も、実務の動向を見ながら、必要に応じて、修正を加えていきたいと考えておりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

平成31年4月

最高裁判所事務総局家庭局

本文の記述の一部を、最近の成年後見制度の運用を踏まえた表現に改めた。（令和2年1月）

成年後見制度における診断書作成の手引

二 成年後見制度における診断書作成の手引

1 診断書の位置付け

(1) 診断書の必要性について

家庭裁判所は、補助及び任意後見の利用開始に当たっては、医師の意見を聴かなければならないとされており、申立人に対して、申立書とともに、本人の精神の状態について記載された医師の診断書の提出をお願いしています。

後見及び保佐については、原則として医師等の鑑定を必要とするとされていますが、診断書の記載等から明らかに必要がないと認められる場合には鑑定は不要とされていますので、鑑定の要否を検討するためにも、まずは、補助・任意後見の場合と同様、医師の診断書の提出をお願いしています。

※ 本人が診断を拒否しているなど、様々な事情によって診断書の作成・提出が困難な場合には、診断書の添付がなくても申立てを行うことは可能です。その場合、多くのケースでは、申立人が鑑定を行うための費用を一時的に負担して手続が進められます。

※ 鑑定書を作成する上での留意事項（鑑定書書式・記載ガイドライン・記載例等）については、「成年後見制度における鑑定書作成の手引」を参考にしてください（最寄りの家庭裁判所又は後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）で入手することができます。）。

(2) 診断書書式について

成年後見制度は精神上的障害によって判断能力が低下している者を対象としており、家庭裁判所は、医師の作成した診断書等を参考に、本人について、精神上的障害の有無や判断能力の低下の有無・程度について判断することになります。

家庭裁判所の審理に必要な情報は、「診断書（成年後見制度用）」の書式を利用して診断書を作成していただくことによって記載することができます。本人や親族等から依頼があった場合には、本書式を利用して診断書を作成いただきますようお願いします。

(3) 診断書記載ガイドライン及び診断書記載例

診断書記載ガイドラインは、後見関係事件の手続で家庭裁判所が判断する際の資料となる診断書の記載の一般的な基準を示したもので、それぞれの記載事項の意味や記載の要領を示しています。

診断書記載例は、診断書を作成する上での参考とするために、後見等の手続において比較的多く現れると考えられる症例を想定して、診断書記載ガイドラインに沿って作成したものです。

後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）から、「診断書書式」（Word形式）のダウンロードができます。

本人情報シート作成の手引

三 本人情報シート作成の手引

1 本人情報シートの位置付け

(1) 本人の家庭的・社会的状況等に関する情報の必要性

成年後見制度の利用を開始するための申立てに際しては、鑑定の要否等を判断するため、申立書等と併せて、医師の作成した診断書の提出をお願いしています。診断書は、家庭裁判所が本人の判断能力を判断するための重要な資料であり、本人の判断能力について医師に的確に判断していただく必要があると考えております。

医師に判断能力についての意見を書いていただく際には、従前から、本人に対する問診や家族等からの聞き取り結果、各種の医学的検査の結果等を総合的に検討し、判断がされたものと思われませんが、本人の判断能力の程度等について意見を述べるに当たって、本人の生活状況に関する資料が十分ではないということもあったのではないかと考えられます。

医師により的確に判断していただくためには、本人を支える福祉関係者から、医師に対し、本人の日常及び社会生活に関する客観的な情報を提供した上で、本人の生活上の課題を伝えることが有益ではないかと考えられます。

そこで、本人を支える福祉の関係者において、本人の生活状況等の情報をまとめたシートを作成していただけるよう、新たに「本人情報シート」の書式を作成することとしました。

※ 「本人情報シート」の提出が難しい場合には、「本人情報シート」を添付することなく後見等開始の申立てを行うことは可能です。もっとも、本人の判断能力等をより的確に判断するために、多くの事案において、医師が診断する際の補助資料として提供されることが望ましいといえます。

(2) 「本人情報シート」の作成者について

「本人情報シート」は、医師に本人の生活状況等を客観的に伝えることで、医学的な判断をする際の参考資料として活用されることを想定しています。

したがって、本人の身近なところで、職務上の立場から支援されている方によって作成されることが望ましいといえ、具体的には、ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士等）として本人の支援に関わっている方（介護支援専門員、相談支援専門員、病院・施設の相談員、市町村が設置する地域包括支援センターや、社会福祉協議会等が運営する権利擁護支援センターの職員等）によって作成されることが想定されます。

親族や本人が作成することは想定していませんので、本人及び親族の方には、申立書に本人の生活状況等を記載していただくこととなります。

ソーシャルワーカーが自らの業務の一環として「本人情報シート」を作成する場合や、当事者間の合意によって定められた作成費用を依頼者が負担する場合がありますので、作成者と依頼者との間で、「本人情報シート」の作成を依頼する際の取扱い等についてご確認ください。

(3) 「本人情報シート」の活用場面

「本人情報シート」は、医師の診断のための補助資料として活用するほか、以下のような

成年後見制度における鑑定書作成の手引

はじめに

この手引は、成年後見制度において鑑定書を作成する際に参考としていただくために、制度の概要を説明するとともに、成年後見制度における鑑定の位置付け、鑑定書書式、鑑定書記載ガイドライン及び鑑定書記載例の内容、鑑定の手続について説明したものです。

ここに示した書式等は、成年後見事件の鑑定として必要かつ十分なものとしての標準を示すために、これまでの鑑定の事例等を参考にしながら、一つのモデルとして作成されたものです。具体的な事例において鑑定をするには、裁判所が鑑定書の記載事項等について指示をすることがありますので、記載事項等がこの書式等に示したものとは異なることがあります。また、鑑定書の記載事項や記載内容は、事案に応じた適切なものであることが望まれますので、具体的な事案に応じて適宜修正するなどの工夫をすることも考えられます。ただ、そのような場合にも、成年後見制度における鑑定の位置付けを踏まえて、この書式等を参考に、事案に応じた適切な鑑定書が作成されるようにしていただきたいと考えています。

なお、この鑑定書の書式については、今後の実務の動向を注視しながら、必要に応じて修正を加えていきたいと考えています。

平成 12 年 1 月

最高裁判所事務総局家庭局

標題を「新しい成年後見制度における鑑定書作成の手引」から「成年後見制度における鑑定書作成の手引」に改めるとともに、本文についても若干の表記上の修正を行った（平成 18 年 5 月）。

本文の記述の一部を、最近の家庭裁判所実務の実情に即したものに改めた（平成 19 年 6 月）。

本文の記述の一部を、家事事件手続法の施行に伴って追記した（平成 25 年 12 月）。

成年後見制度の利用の促進に関する法律の施行及び成年後見制度利用促進基本計画の策定に伴い、鑑定書書式を改定するとともに、本文の記述の一部を改めた。（平成 31 年 4 月）

本文の記述の一部を、最近の成年後見制度の運用を踏まえた表現に改めた。（令和 2 年 1 月）

最高裁判所事務総局家庭局

目次

一 成年後見制度について

- 1 成年後見制度とは…………… 1
- 2 手続の流れ…………… 3
- 3 文書の開示について…………… 4

二 成年後見制度における鑑定書作成の手引

- 1 鑑定書作成上の留意事項…………… 5
- 2 鑑定書の書式…………… 7
- 3 鑑定書記載ガイドライン…………… 11
- 4 鑑定書記載例
 - ・ 統合失調症・後見開始の審判…………… 17
 - ・ 認知症・後見開始の審判…………… 21
 - ・ 知的障害・保佐開始の審判…………… 25
 - ・ 認知症・保佐開始の審判…………… 29

一 成年後見制度について

1 成年後見制度とは

認知症、知的障害、精神障害、発達障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方（ここでは「本人」といいます。）について、本人の権利を守る支援者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度です。

※ 成年後見制度の種類

任意後見制度と法定後見制度があります。

- 判断能力が不十分になる前 → 「① 任意後見制度」へ
- 判断能力が不十分になってから → 「② 法定後見制度」へ

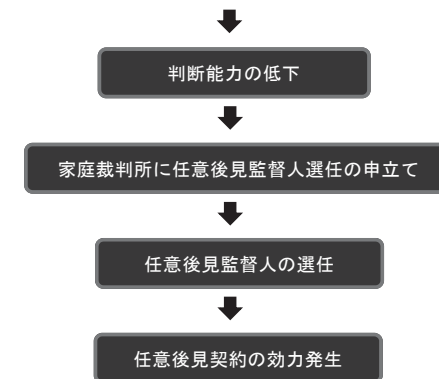
① 任意後見制度

本人に十分な判断能力があるうちに、判断能力が低下した場合には、あらかじめ本人自らが選んだ人（任意後見人）に、代わりにしてもらいたいことを契約（任意後見契約）で決めておく制度です。

任意後見契約は、公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされていますので、契約手続は公証役場において行います。

本人の判断能力が低下した場合に、家庭裁判所で任意後見監督人が選任されて初めて任意後見契約の効力が生じます。この手続を申し立てることができるのは、本人やその配偶者、四親等内の親族、任意後見受任者です。

任意後見契約締結



Ⅲ 認知症サポート医養成研修受講者アンケート

令和元年度に全国 6 会場で実施された認知症サポート医養成研修で行われた受講者アンケートについて、以下に結果を示す。

1. 研修実施概要

① 調査対象

令和元年度に認知症サポート医養成研修を受講した医師 受講者数 1,305 名
(回答数 1,137 名)

② 調査主体

国立長寿医療研究センター

③ 調査時期（研修日程）

	会場	日程	受講者数	アンケート回答者数	回答率
①	東京(1回目)	R1.7.27-28	262名	229名	87.4%
②	福岡	R1.8.31-9.1	180名	163名	90.6%
③	愛知	R1.9.28-29	168名	144名	85.7%
④	北海道	R1.10.5-6	59名	55名	93.2%
⑤	大阪	R1.12.14-15	333名	281名	84.4%
⑥	東京(2回目)	R2.1.25-26	303名	265名	87.5%
	令和元年度計		1,305名	1,137名	87.1%
	累計		11,255名		

④ アンケート調査項目

- (1) 医療機関・診療科等
- (2) 受講目的等
- (3) 研修の内容や運営
- (4) サポート医への支援
- (5) 活動の心構えや現状

次ページ以降の集計結果は
設問(1)、(2)についてのみ

2. 調査結果

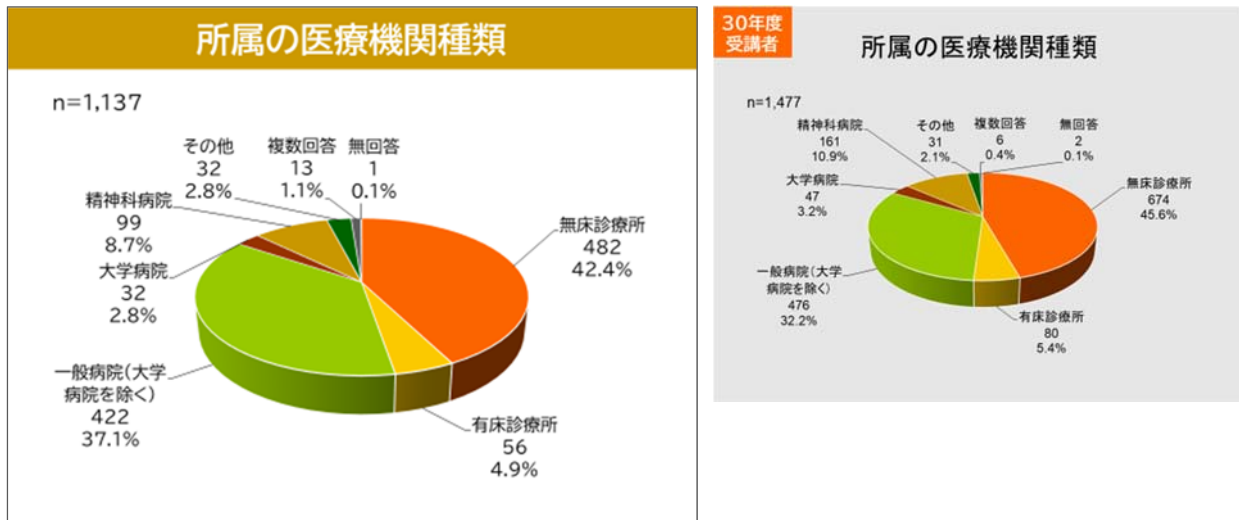
2.1 所属の医療機関・診療科等について

2.1.1 医療機関種類

所属の医療機関は、「無床診療所」が482人（42.4%）と最も多く、次いで、「一般病院（大学病院を除く）」が422人（37.1%）、「精神科病院」が99人（8.7%）の順となった。

30年度研修受講者との比較では、一般病院（大学病院を除く）が約5ポイントの増加、無床診療所が約3ポイントの減少となっていた。

図表 2.1 所属の医療機関

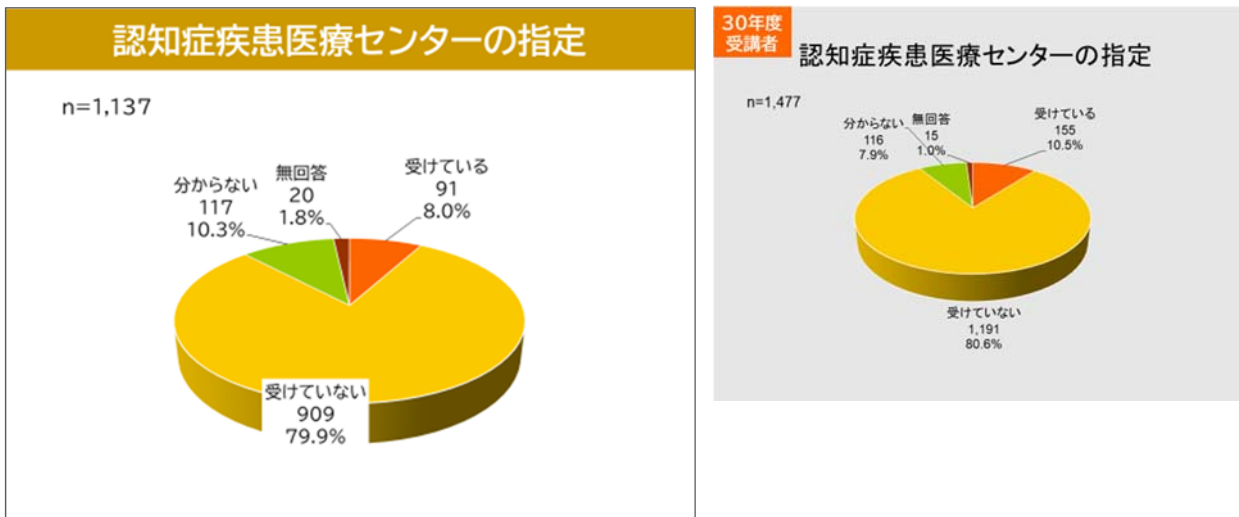


2.1.2 認知症疾患医療センターの指定

認知症疾患医療センターの指定は、「受けている」が91人（8.0%）であった。

30年度研修受講者との比較では、受けているが若干減少していた。

図表 2.2 認知症疾患医療センターの指定

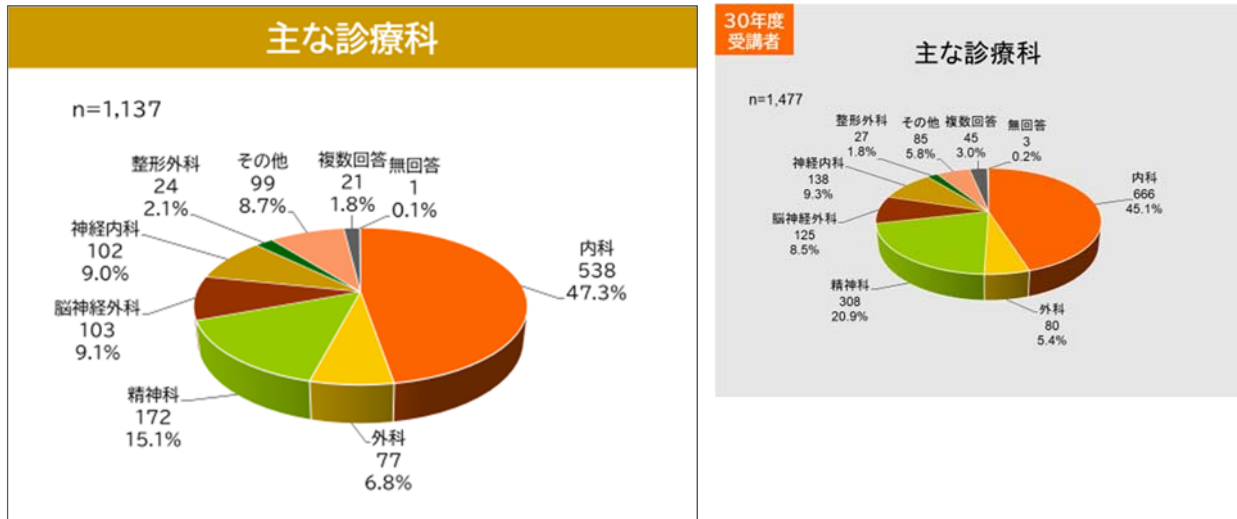


2.1.3 主な診療科

主な診療科は、「内科」が 538 人（47.3%）と最も多く、次いで、「精神科」が 172 人（15.1%）、
「神経内科」が 102 人（9.0%）の順であった。

30 年度研修受講者との比較では、精神科が 5 ポイント以上減少していた。

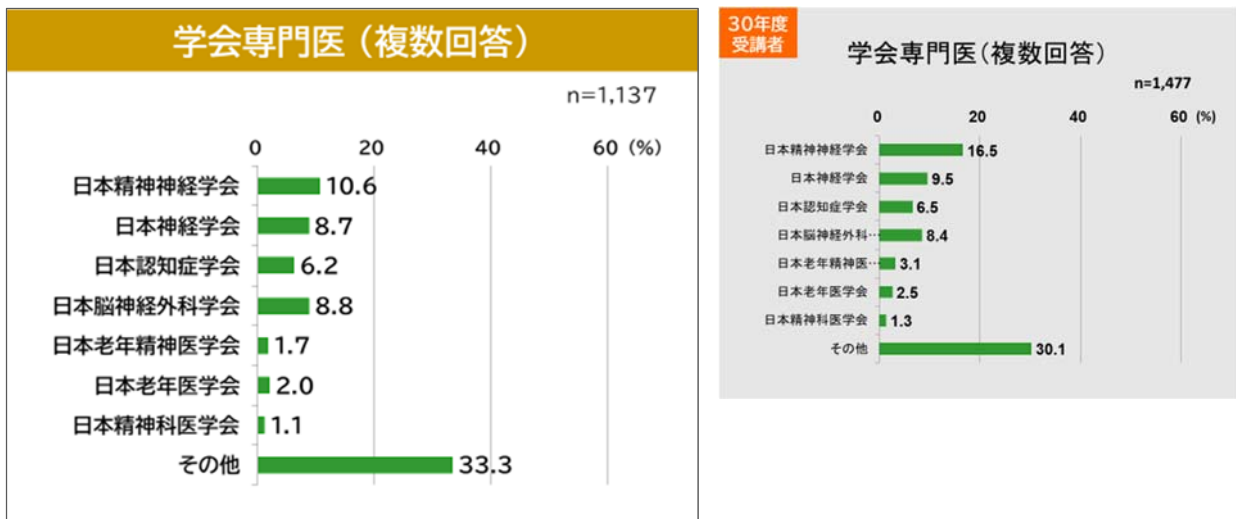
図表 2.3 主な診療科



2.1.4 学会専門医（複数回答）

学会専門医の取得状況について、「日本精神神経学会」が 10.6%、「日本脳神経外科学会」が 8.8%、「日本神経学会」が 8.7%の順となった。

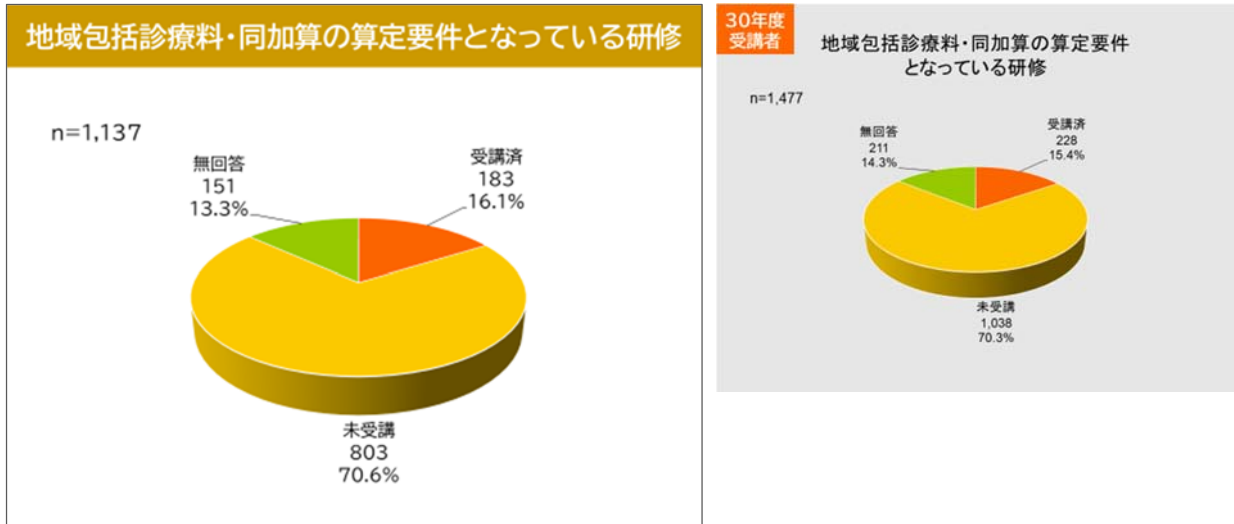
図表 2.4 学会専門医（複数回答）



2.1.5 地域包括診療料・同加算の算定要件となっている研修

地域包括診療料・同加算の算定要件となっている研修の受講について、「受講済」が 183 人（16.1%）、「未受講」が 803 人（70.6%）であった。

図表 2.5 地域包括診療料・同加算の算定要件となっている研修

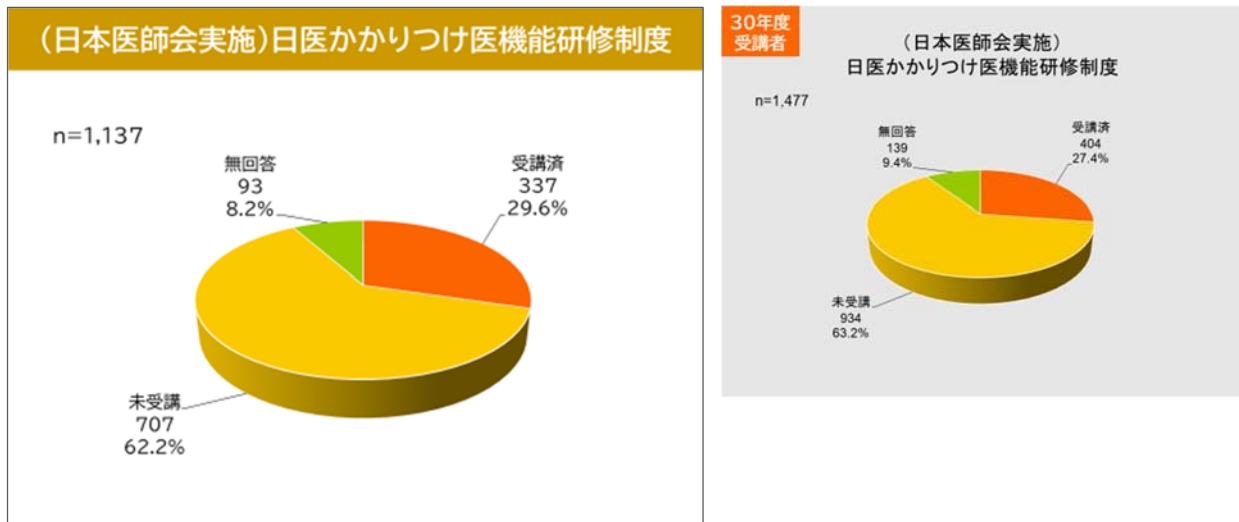


2.1.6 日医かかりつけ医機能研修制度

日本医師会実施の日医かかりつけ医機能研修制度について、「受講済」が 337 人（29.6%）、「未受講」が 707 人（62.2%）であった。

30 年度研修受講者との比較では、ほぼ同様の結果であった。

図表 2.6 日医かかりつけ医機能研修制度

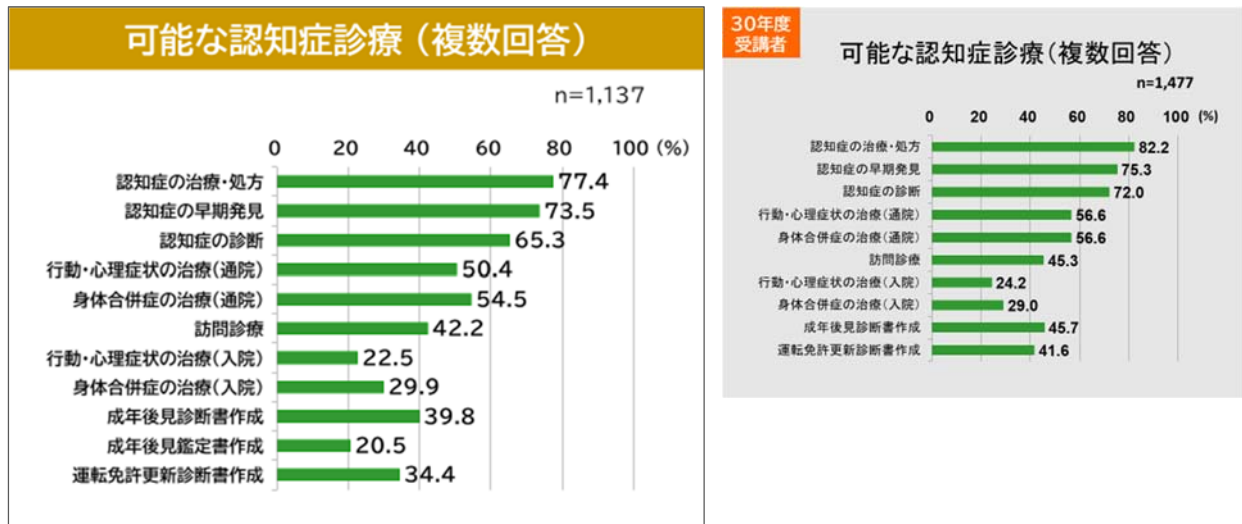


2.1.7 可能な認知症診療（複数回答）

可能な認知症診療をみると、「認知症の治療・処方」が 77.4%と最も多く、次いで、「認知症の早期発見」が 73.5%、「認知症の診断」が 65.3%の順となっていた。

30 年度研修受講者との比較では、成年後見診断書作成、運転免許更新診断書作成は減少していた。

図表 2.7 可能な認知症診療

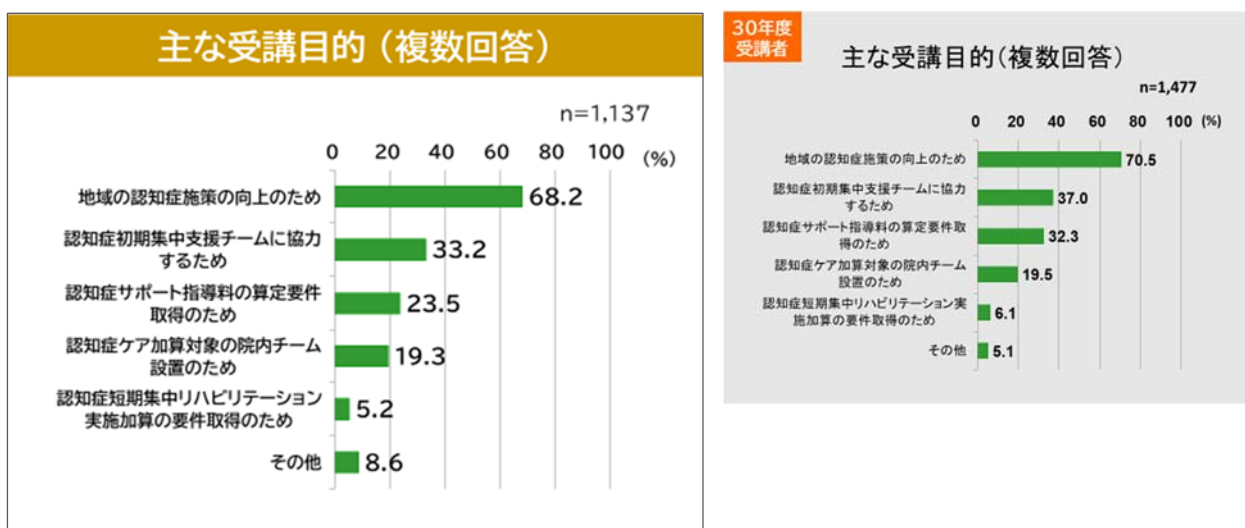


2.2 研修の受講目的について

2.2.1 主な受講目的（複数回答）

主な受講目的は、「地域の認知症施策の向上のため」が 68.2%と最も多く、次いで、「認知症初期集中支援チームに協力するため」が 33.2%、「認知症サポート指導料の算定要件取得のため」が 23.5%の順となった。

図表 2.8 主な受講目的

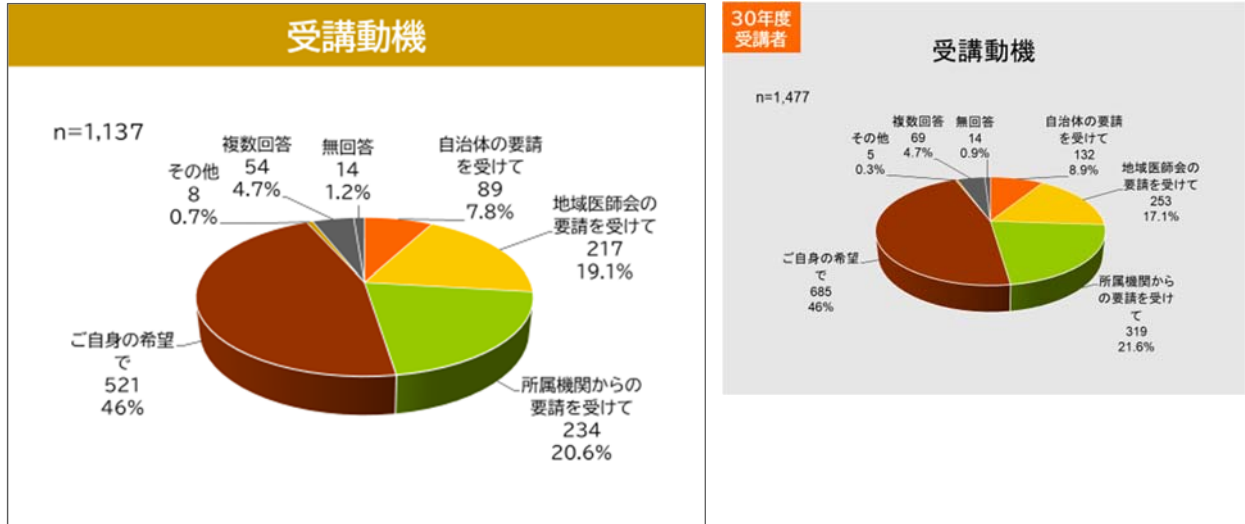


2.2.2 受講動機

受講動機は、「ご自身の希望で」が 521 人（46%）と最も多く、次いで、「所属機関からの要請を受けて」が 234 人（20.6%）、「地域医師会の要請を受けて」が 217 人（19.1%）の順となっていた。

30 年度研修受講者との比較では、ほぼ同様の結果であった。

図表 2.9 受講動機

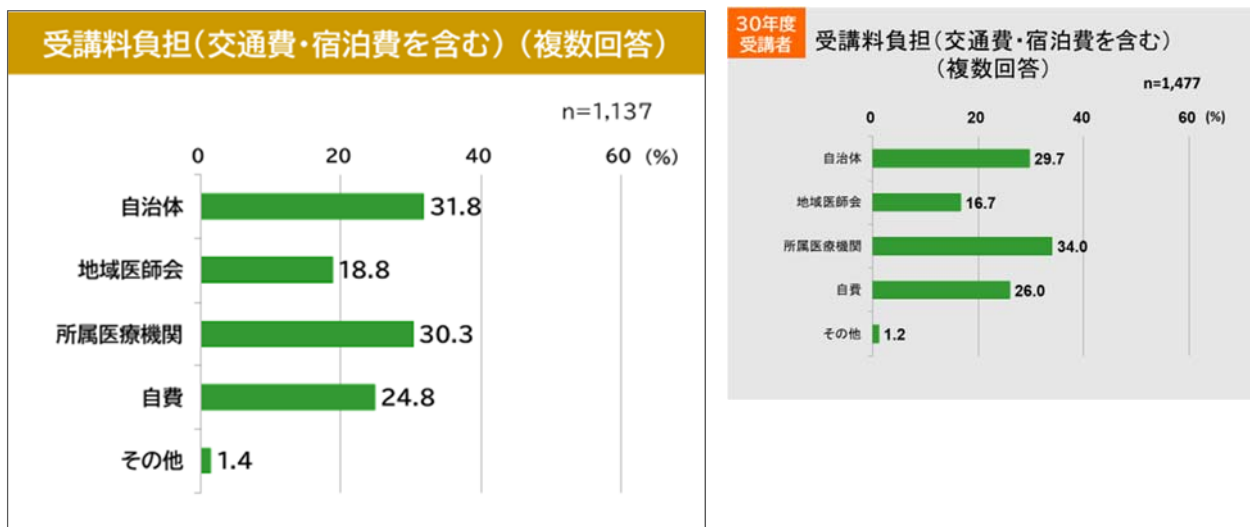


2.2.3 受講料負担（交通費・宿泊費を含む）

受講料負担では、「自治体」が 31.8%と最も多く、「所属医療機関」が 30.3%が続いた。「自費」は 24.8%と 4 分の 1 を占めた。

30 年度研修受講者との比較では、ほぼ同様の結果であった。

図表 2.10 受講料負担（交通費・宿泊費を含む）

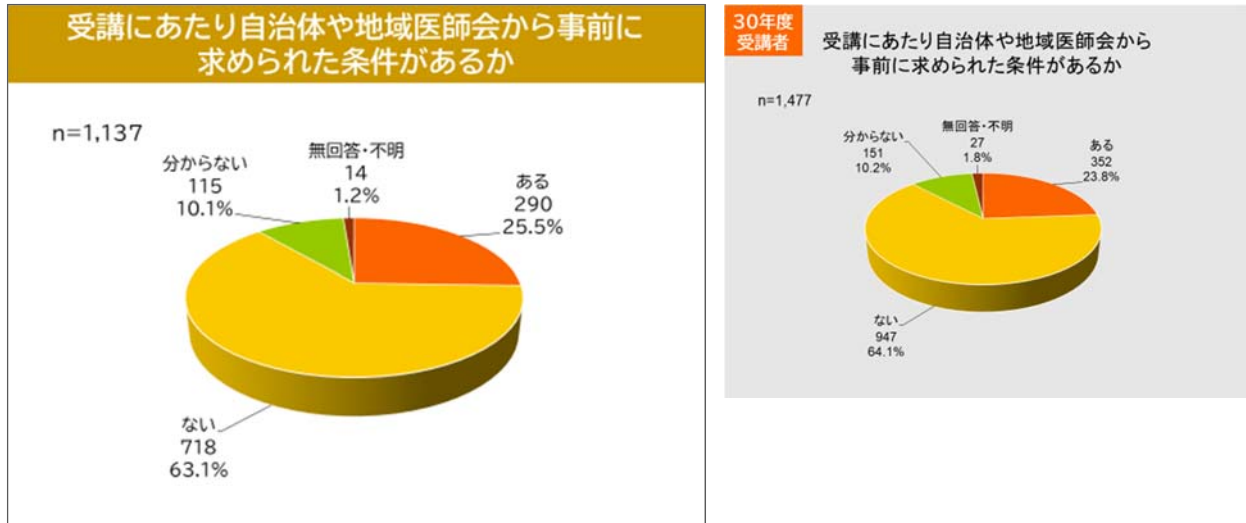


2.2.4 自治体や地域医師会から事前に求められた条件があるか

受講にあたり自治体や地域医師会から事前に求められた条件があるかについて、「ない」が 718 人 (63.1%)、「ある」は 290 人 (25.5%) であった。

30 年度研修受講者との比較では、ほぼ同様の結果であった。

図表 2.11 自治体や地域医師会から事前に求められた条件があるか

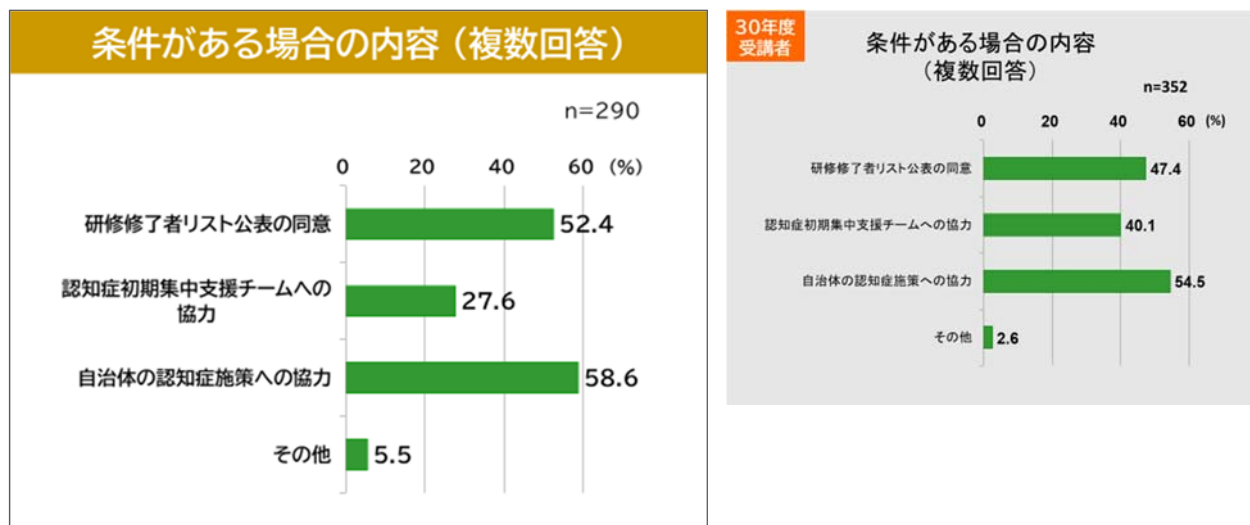


2.2.5 条件がある場合の具体的な内容

条件があると回答した 290 人について、条件の具体的な内容は、「自治体の認知症施策への協力」が 58.6%と最も多く、次いで、「研修修了者リストの公表の同意」が 52.4%と過半数であった一方で、「認知症初期集中支援チームへの協力」は 27.6%にとどまっていた。

30 年度研修受講者との比較では、認知症初期集中支援チームへの協力が大幅に減少していた。

図表 2.12 具体的な条件

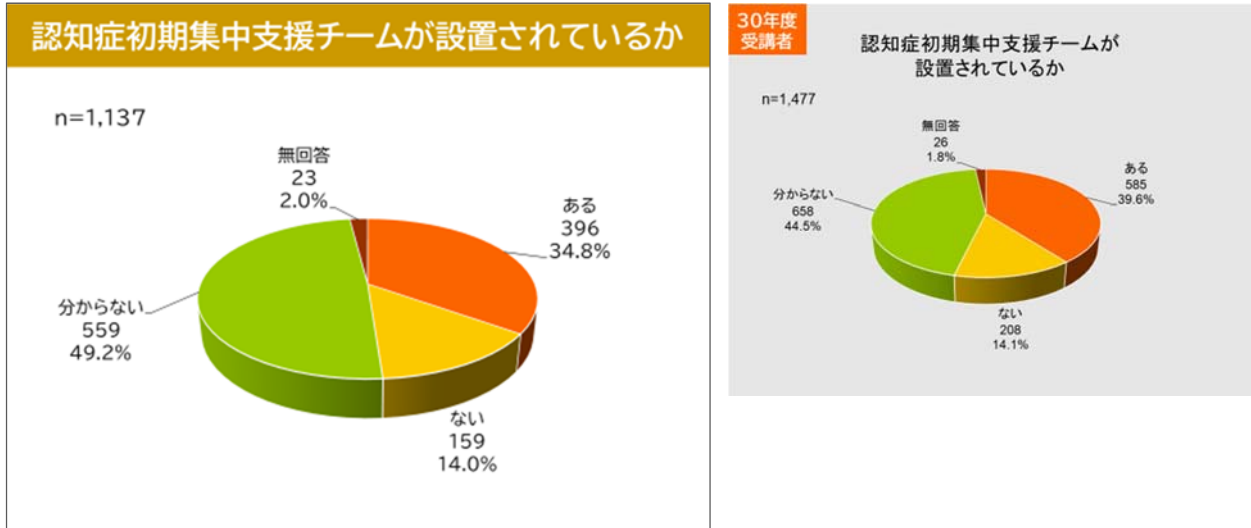


2.2.6 認知症初期集中支援チームが設置されているか

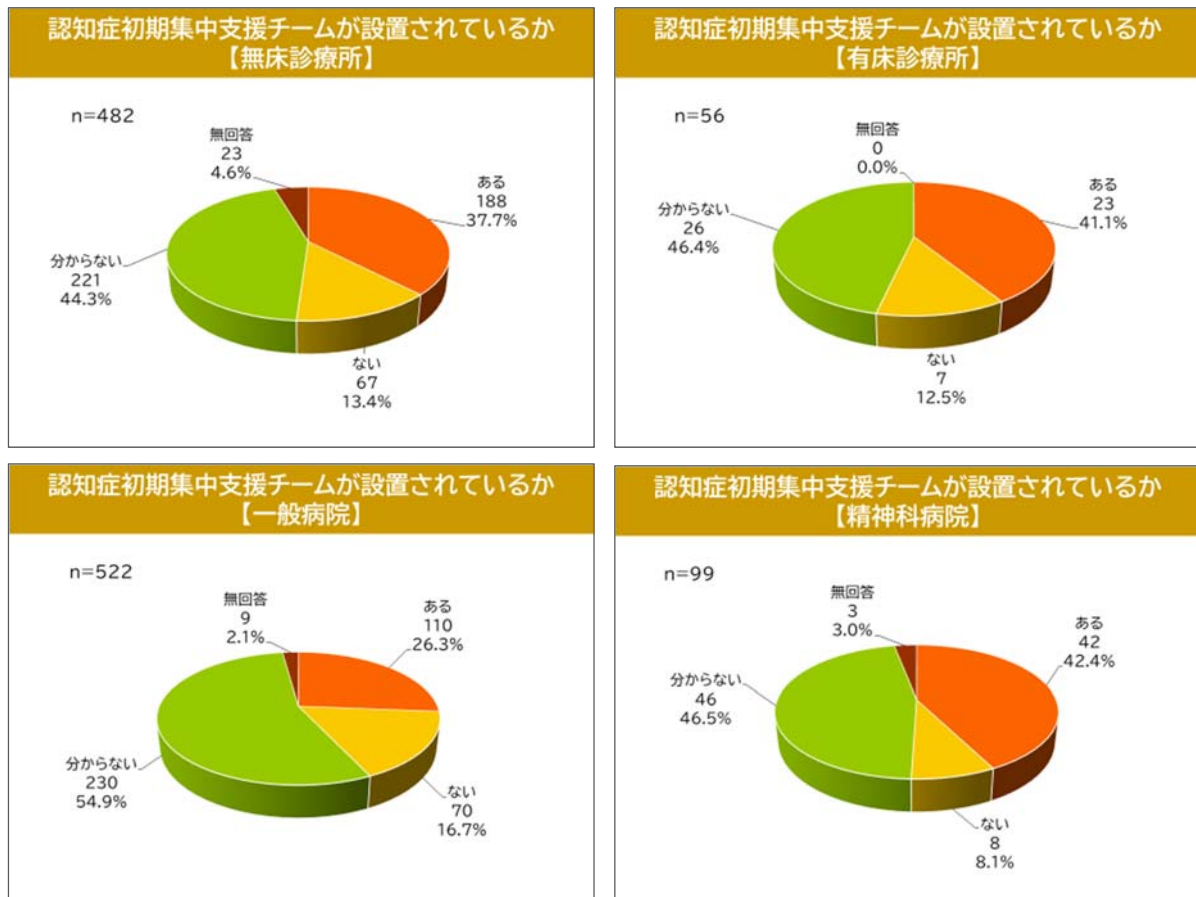
診療を行っている市町村に認知症初期集中支援チームが設置されているかについて、「分からない」が559人（49.2%）で最も多く、「ある」が396人（34.8%）、「ない」が159人（14.0%）であった。

30年度研修受講者との比較では、あるが5ポイント減少していた。

図表 2.13 認知症初期集中支援チームが設置されているか



〈所属機関別の状況〉

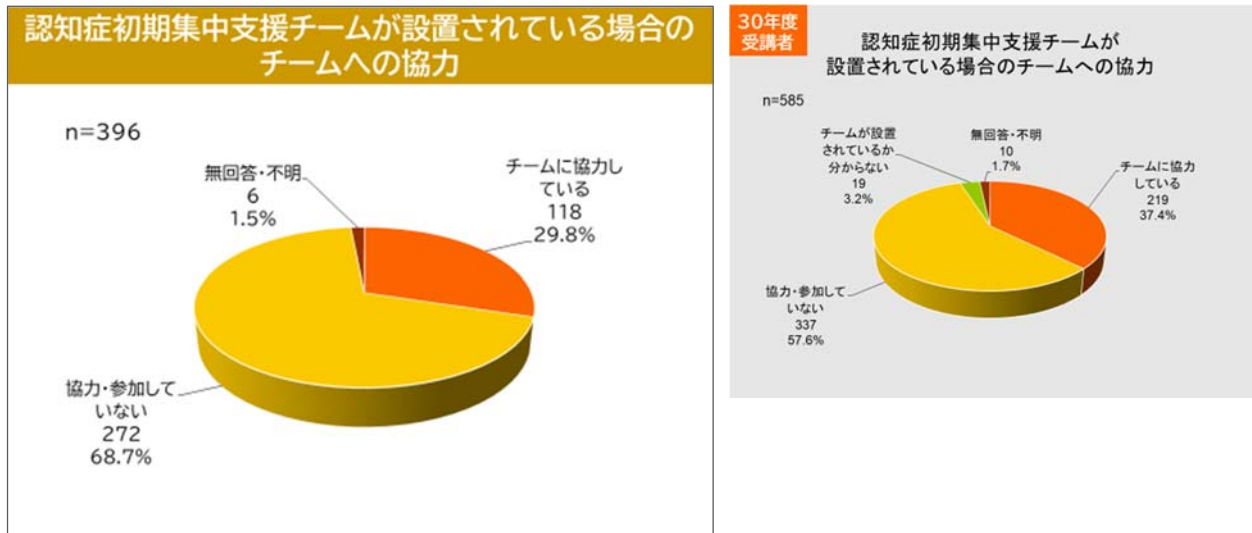


2.2.7 チームが設置されている場合のチームへの協力

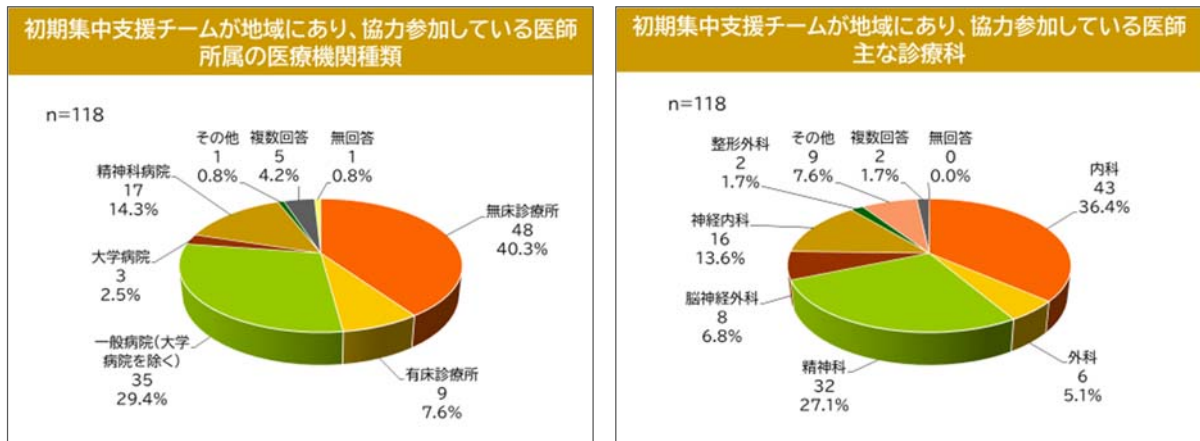
チームが設置されている（ある）とした 396 人について、チームへの協力をみると、「参加・協力していない」が 272 人（68.7%）、一方、「チームに協力している」は 118 人（29.8%）と約 3 割となっていた。

30 年度研修受講者との比較では、協力・参加していないが 10 ポイント以上増加していた。

図表 2.14 認知症初期集中支援チームが設置されている場合のチームへの協力



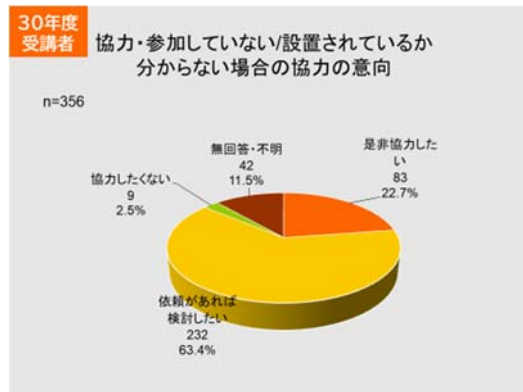
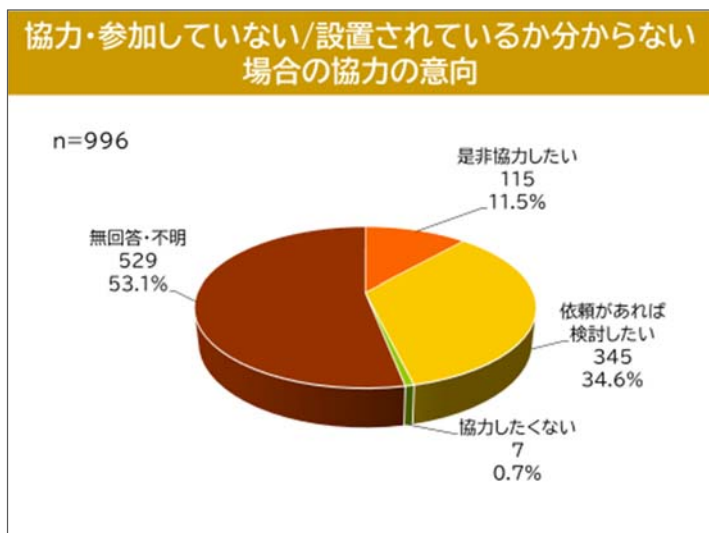
〈協力・参加している 118 人の所属医療機関種類および主な診療科の状況〉



2.2.8 チームが設置されていない・分からない場合、および、チームに協力・参加していない・無回答・不明の場合のチームへの協力の意向

チーム設置について「分からない」・「ない」とした 718 人、および、チームに「協力・参加していない」・「無回答・不明」とした 278 人、合計 996 人について、チームへの協力の意向をみると、「依頼があれば検討したい」が 345 人（34.6%）、「是非協力したい」が 115 人（11.5%）であった。

図表 2.15 認知症初期集中支援チームへの協力の意向



IV 考察

1 認知症サポート医についての課題

認知症サポート医は地域における連携の推進役としての役割を期待されており、養成研修の実施要綱において、①かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・立案・講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなること、及び他の認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力が求められている。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医に関する研修のあり方に関する調査研究事業」および平成 30 年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業」において、認知症サポート医には地域におけるコーディネート機能を担うこと、個々の症例を診断して終わりとか、必要な地域資源につないで終わりではなく、その人を認知症の初期から終末期まで支えていく視点、その人だけではなく地域の認知症の人全てが適切な医療や介護等のサービスを受けられるよう社会資源の充実を行政に求めていく等の地域づくりの視点が求められること、医療的機能と社会的機能を考えた場合、医療的機能の専門家が従来の専門医であり、認知症サポート医は社会的機能の専門家であること等が示された。

令和元年度の認知症サポート医養成研修の研修会場でのアンケートの回答結果の解析では、前年度と比べ著しい変化はなかったが、精神科の医師の受講が減っていること、受講目的で「認知症初期集中支援チームに協力するため」「認知症サポート指導料の算定要件取得のため」が減少傾向にあること、診療を行っている市町村に認知症初期集中支援チームが設置されているかどうか「分からない」との回答が約半数に上ったことが示された。

今年度の本委員会において認知症サポート医の役割を再度検討した。認知症サポート医が現在の教材に示されているようなかかりつけ医と専門医や認知症疾患医療センターの間の橋渡しをするというのは現実的ではないのではないか、認知症サポート医がいなくてもかかりつけ医と専門医・専門医療機関との連携は可能との意見があった。認知症疾患医療センターが全国に 440 ヶ所以上指定されており、認知症専門医も増えつつある現状において、専門医療機関や専門医へのアクセスは以前と比べ容易となっており、認知症サポート医がかかりつけ医と専門医・専門医療機関の橋渡しをする必要性は少なくなっているかもしれない。一方、東京都では地域包括支援センターに認知症サポート医を配置する取り組みが行われている。認知症初期集中支援チームが創設されてから、都道府県・指定都市が養成してきた認知症サポート医と区市町村の連携が取れるようになってきているが、地域包括支援センターや自治体と地域の医師との間に密接な連携は未だに不十分な状況であることから、東京都の取り組みは注目に値する。委員会では、地域の認知症カフェなどへの協力も認知症サポート医の役割として示された。今後、社会資源の整備状況や地域のニーズといった地域の実情に合わせた認知症サポート医の役割を明確にしていく必要がある。

2 認知症サポート医養成研修についての課題と研修教材の改訂

平成 29 年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医に関する研修のあり方に関する調査研究事業」および平成 30 年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業」において認知症サポート医養成研修のあり方についての検討を行い、これまでの認知症サポート医養成研修の内容は「認知症の診断」に重きが置かれていた、認知症の人と家族の生活を全病期にわたって支えるために、認知症と診断した後の包括的な支援方法についても研修内容に含めるべきである、医療の他にも介護や生活支援、すまい、人権や意思決定支援等を含む多様な視点からバランス良く本人・家族を支援する方法を臨床の場で実践できるようになることを目標とする必要がある、医学的な診断や治療にとどまらない包括的なアセスメントに関する講義や社会的に複雑化した事例を題材にしたり、人権や意思決定などについても多面的に議論するようなグループワークが必要である等の意見が出された。

令和元年度の認知症サポート医養成研修の研修会場でのアンケートでも示されているが、研修受講の目的が「認知症初期集中支援チームに協力するため」「認知症サポート指導料の算定要件取得のため」「認知症ケア加算対象の院内チーム設置のため」と多様であることから受講者のそれぞれの目的に対応した研修内容を提供することは難しくなっていることは事実であるが、今回の教材の改訂は地域で認知症の人や家族を支えていく点での共通項をとらえることを最優先とした。

具体的には、BPSD に対する向精神薬使用ガイドライン（第 2 版）や認知症疾患診療ガイドライン 2017 等の新たな知見を加え、認知症の人本人の思いや希望を理解することを助ける資料を加え、介護保険制度の改定、診療報酬改定、成年後見制度の利用促進を目的とした様々な施策の変更、新たに取りまとめられた意思決定支援ガイドラインの活用等に対応している。特に意思決定支援に関しては令和元年度の認知症サポート医養成研修の中で、新たな教材を使用したグループワークを予備的に行い、概ね良好な評価を得た。その結果と委員会での検討を元に更なる改訂を加え、最終版とした。

制度や状況は現在も変化し続けており、今後も研修教材の更なる改善を行っていくよう努めたい。

[資料]

認知症サポート医養成研修アンケート調査票

3. 研修の内容や運営について

a 第1章 サポート医の役割②【日本医師会】（易しすぎる 普通 難しすぎる）

a-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

a-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

b 第1章 サポート医の役割①【厚生労働省】（易しすぎる 普通 難しすぎる）

b-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

b-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

c 第2章 診断・治療の知識【講義編】（易しすぎる 普通 難しすぎる）

c-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

c-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

d 第2章 診断・治療の知識【演習編】（易しすぎる 普通 難しすぎる）

d-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

d-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

e 第3章-1 制度・連携の知識【講義編】（易しすぎる 普通 難しすぎる）

e-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。（最高3つまで）

1. _____
2. _____
3. _____

e-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

f 第3章-1 制度・連携の知識【演習編】 (易しすぎる 普通 難しすぎる)

f-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

f-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

g 第3章-2 制度・連携の知識【講義編・2日目】 (易しすぎる 普通 難しすぎる)

g-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

g-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

h グループワーク (易しすぎる 普通 難しすぎる)

h-ア. 気づいたこと、学んだこと、理解できたことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

h-イ. 難しいと感じたところ、理解できなかったことはどんなことでしたか。(最高3つまで)

1. _____
2. _____
3. _____

i 研修全体として (易しすぎる 普通 難しすぎる)

i-ア. 研修方法について

- a) 時間的に適当である (はい いいえ)
- b) もっと時間をかけたほうがよい (はい いいえ)
- c) 各地域でやってほしい (はい いいえ)
- d) 運営はよかった (はい いいえ)

i-イ. 研修全体として、よかった点、改善が必要な点、感想や要望等がありましたら自由にご記入ください。

i-ウ. テキスト、DVD (ビデオ)、スライド等の教材について、よかった点、改善が必要な点、感想、具体的な希望等のご意見がありましたら自由にご記入ください。

4. 今後サポート医に対して都道府県、政令指定都市、国からどのような支援が必要とお考え
ですか

[]

5. 今後の活動に関しての心構えや現状について

- a) 地域でサポート医として協力する (はい いいえ)
- b) 依頼があれば地域包括支援センターに協力する (はい いいえ)
- c) かかりつけ医と連携はすでにとれている (はい いいえ)
- d) この研修に都道府県医師会は協力的である (はい いいえ)
- e) その他、今後のサポート医としての活動や認知症に関する地域医療体制の整備に関してのご自身の決意や思い、感じている課題や問題点などありましたら自由にご記入ください。

[]

6. よろしければ連絡先をご記入ください

- 氏名 _____
- 連絡先／所属等 _____
- 電話 _____
- FAX _____
- E-mail _____

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

**認知症サポート医研修のあり方に関する
調査研究事業
報告書**

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

令和2年3月

禁無断転載
