

平成 27 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）

**歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
報告書**

平成 28 年 3 月

合同会社 HAM 人・社会研究所

まえがき

平成 27 年 1 月に公表された新オレンジプランでは、認知症ケアにかかる人材の育成について、職種の拡大、人数の上積みなど、更なる体制の強化・充実が整理されている。

認知症高齢者にとって、生活の場である在宅の充実とともに、合併症を伴う場合の外来や入院といった、急性期病院における対応の充実が必要であることは言うまでもなく、そのために、認知症高齢者および家族への「基礎的な認知症対応力」を身に着けた専門職の育成が急務とされてきたためである。

本年度事業では、新オレンジプランにおいて新規項目として位置付けられた歯科医師、薬剤師に対する認知症対応力向上研修、また、主に急性期病院の看護管理者層を対象とした看護職員認知症対応力向上研修の教材作成を行うとともに、かかりつけ医認知症対応力向上研修等の研修体系のあり方について検討を加えた。

在宅・入院期間中を問わず、医療・介護に接するあらゆる場面において、認知症高齢者に関わる専門職がそれぞれの場面で機能を発揮するため、職種やキャリアに応じた研修教材の開発・準備はその一部を担う重要なものである。

平成 29 年度末に向けて、都道府県・指定都市においては、歯科医師、薬剤師、看護職員（管理者層）を含めた認知症対応力向上研修の実施が進められると思われるが、研修実施・受講をスタートとして、受講した専門職の日常業務の変化、地域における多職種連携・病院内連携の変化として現れ、その効果が認知症高齢者・家族に還元されることが対応力向上研修の目指すところである。

本事業で作成した研修教材は人材育成の「とっかかり」であり、実施主体、受講者、所属元、地域などによる、継続研修、自己学習（復習）、OJT、実践が不可欠である。より多くの専門職の方々の「とっかかり」として研修の機会が提供され、その先の“変化”と“還元”を期待したい。

また、併せて、研修教材のブラッシュアップ・研修体系の検討についても、継続して行われることを希望する。

平成 27 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）

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業

委員長 遠藤 英俊

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業

目次

I 事業概要	1
1. 事業目的 (1)	
2. 事業内容 (1)	
II 研修教材の制作 (新規・改訂)	7
1. 歯科医師認知症対応力向上研修 (8)	
2. 薬剤師認知症対応力向上研修 (35)	
3. 看護職員認知症対応力向上研修 (58)	
4. かかりつけ医認知症対応力向上研修 (改訂) (83)	
III 歯科医師・薬剤師認知症対応力向上研修伝達講習会	87
IV 考察	99

I 事業概要

1 事業目的

平成 27 年 1 月に改訂された新オレンジプランにおいて、更なる充実が謳われた「医療・介護サービスを担う人材の育成」の中で、在宅における地域包括ケアシステムにおいて今後重要な役割を担う、歯科医師や薬剤師に対して、基礎的な認知症対応力の向上が急務とされている。また、在宅のみならず、認知症高齢者が必要な身体合併症の入院医療を安心して受けられるためには、急性期病院でも看護職員にも更なる認知症対応力が求められることになる。

認知症高齢者に関わる専門職がそれぞれの場面で機能を発揮するためには、多くの専門職が基礎的な対応力を身につけることが急がれており、効率的な教育・研修体系が必要となる。

そこで、これまで、かかりつけ医認知症対応力向上研修、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修、と段階的に展開されてきた既存研修事業の成果を最大限に活用し、新たな養成職種について、教材やカリキュラムの開発、研修方法の検討など、総合的な体系整備を行うことを目的とする。

2 事業内容

上記の事業目的を達成するため、委員会および教材作成制作等の具体的な検討・作業のための職種ごとの分科会を組成し、歯科医師、薬剤師および看護管理者向けの教材制作、また、既存研修の教材の修正を実施した。

また、歯科医師、薬剤師については、次年度からの都道府県・指定都市での研修実施に向けて、企画立案・講師担当のための教材内容等の伝達講習会を実施した。

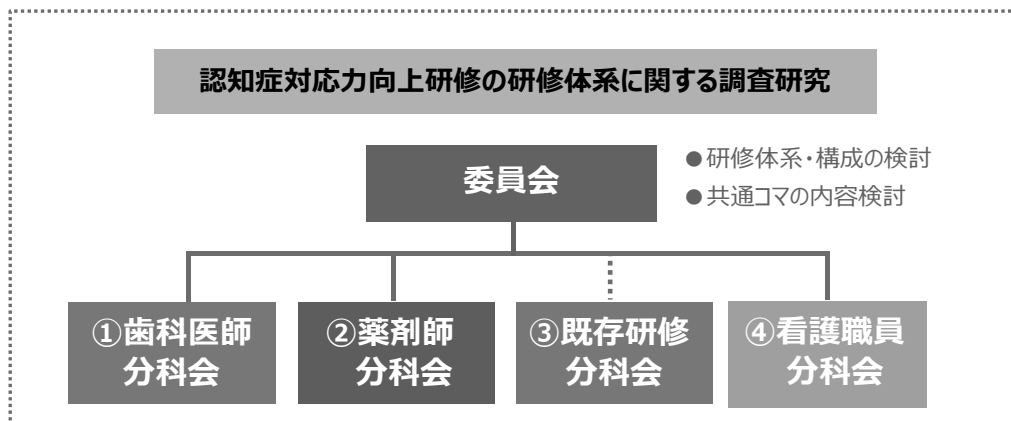
2-1 委員会の組成

研修教材作成を行う「歯科医師」、「薬剤師」、「看護職員」、また、教材の修正を行う「かかりつけ医（医師）」は、それぞれに共通する認知症に関する知識や認知症施策などのパートがあるものの、各職種特有の認知症対応力に関する部分（各職種に対して研修によって習得・強化が期待される部分）が異なるため、全体統括を行う委員会の他、歯科医師分科会、薬剤師分科会、看護職員分科会、既存研修分科会を設置し、検討・作業を並行して進める形とした。

委員会、分科会の構成関係および、それぞれの委員一覧、具体的な委員会・分科会の開催経過（日程と主な議事）は以下の通りである。

(1) 委員会・分科会構成

実施体制は、親委員会を設置し、その下に、分科会（小委員会）を4つ組成



委員会

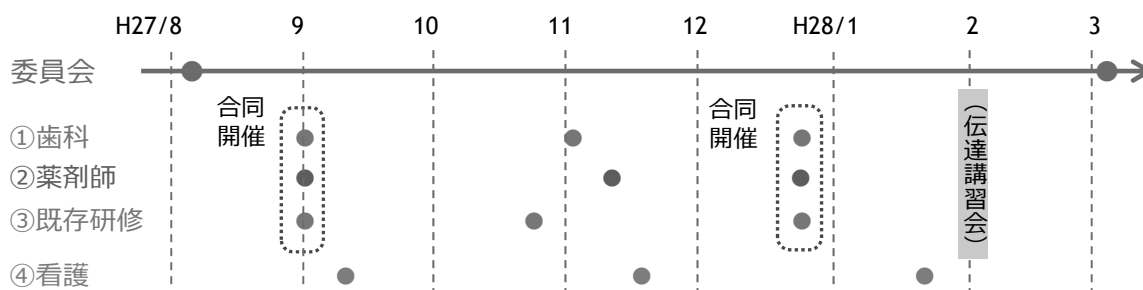
⇒ 委員会は2回（8月上旬、3月）実施、各分科会の方針確認、全体の進捗管理等を行う。

分科会

⇒ 各分科会は親委員会の間に3回程度実施、それぞれ、教材作成①②④、修正③を行う。

- ① 歯科医師：全体でかかりつけ医研修と同程度のボリューム（180～210分講義）を想定（うち、60～90分程度を、歯科医師に固有の知識や対応力として新規作成）
- ② 薬剤師：全体でかかりつけ医研修と同程度のボリューム（180～210分講義）を想定（うち、60～90分程度を、薬剤師に固有の知識や対応力として新規作成）
- ③ 既存研修：かかりつけ医研修等の既存教材の改訂作業中心
- ④ 看護師：6H×3日間≒20H程度（認定看護師課程の1/3程度）を想定（早期対応のみならず、観察技術、BPSD対応、院内外連携などを幅広く）

委員会・分科会の開催予定（交付申請時）



(2) 委員会・分科会委員

[五十音順、敬称略]

[委員会]

氏名	所属	役職
有澤賢二	日本薬剤師会	常務理事
遠藤英俊	国立長寿医療研究センター	研修センター長
小川朝生	国立がん研究センター東病院	精神腫瘍学開発分野長
齋藤訓子	日本看護協会	常任理事
鈴木邦彦	日本医師会	常任理事
中川龍治	日本精神科病院協会	高齢者医療・介護保険委員長
深井穂博	日本歯科医師会	常務理事
丸山 泉	全日本病院協会	常任理事
鷺見幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長

[歯科医師分科会]

氏名	所属	役職
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所	社会科学系 専門副部長
三木 昭代	三木歯科医院	院長
羽根 司人	はね歯科医院（日本歯科医師会）	院長（地域保健委員会副委員長）
枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員（第2回分科会～）
鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長

[薬剤師分科会]

氏名	所属	役職
高橋 学	有限会社イクス（安田調剤薬局）	代表取締役
土居 由有子	株式会社アインファーマシーズ	上席執行役員
宮野 廣美	伊奈オーブ薬局（日本薬剤師会）	（理事）
鷺見幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長

[看護職員分科会]

氏名	所属	役職
小川 朝生	国立がん研究センター東病院	精神腫瘍学開発分野長
佐藤 典子	順天堂東京江東高齢者医療センター	看護部 課長
島橋 誠	日本看護協会看護研修学校	主任教員
白取 絹恵	東京都健康長寿医療センター	看護部 師長

[既存研修分科会]

氏名	所属	役職
武田 章敬	国立長寿医療研究センター	在宅医療・地域連携診療部長
平川 博之	東京都医師会	理事
本間 昭	認知症介護研究・研修東京センター	センター長
鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長
和田 健二	鳥取大学医学部脳神経内科学分野	講師（外来医長）

(3) 実施状況と主な議事

第1回 委員会

日時 平成27年8月4日（火）

- 議事
1. 平成27年度事業計画
 - ・ 平成26年度までの研修事業の進捗確認
 - ・ 本年度の事業内容・スケジュールについて
 2. 各研修の整理（各分科会の作業内容案について）

医師・歯科医師・薬剤師分科会(合同) 第1回

日時 平成27年9月7日（月）

- 議事
1. 事業計画について
 - ・ 全体計画と各分科会の作業内容について（報告）
 - ・ 成果物と3分科会の作業スケジュールについて
 2. 研修教材開発について
 - ・ 各研修の概要と到達目標
 - ・ カリキュラムおよび教材開発・改訂の全体検討
 - ・ 各研修での検討（歯科医師・薬剤師／既存研修）

看護職員分科会 第1回

日時 平成27年10月13日（火）

- 議事
1. 事業計画について
 2. 看護研修教材開発について
 - ・ 研修の目標設定
 - ・ 研修構成とカリキュラム
 - ・ 分科会の作業イメージ・スケジュール

薬剤師分科会 第2回

日時 平成27年11月26日（木）

- 議事
1. 研修教材の制作について
 - ・ 研修スライドの進捗確認、検討
 - ・ DVD制作作業の確認、検討
 2. 伝達講習会について

既存研修分科会 第2回

日時 平成27年12月7日（月）

- 議事
1. かかりつけ医認知症対応力向上研修 教材修正
（前回ご検討の修正点のレビュー）
 2. 認知症サポート医養成研修 検討

歯科医師分科会 第2回

日時 平成27年12月9日（水）

- 議事
1. 研修教材の制作について
 - ・ 研修スライド（役割編中心）の進捗確認、検討
 - ・ DVD制作作業の確認、検討
 2. 伝達講習会について

薬剤師分科会 第3回

日時 平成28年2月3日（水）

- 議事
1. 研修教材の確認
 - ・ 研修スライド・解説の確認
 - ・ DVD教材の試写
 2. 伝達講習会について
 3. 今後のスケジュールについて

歯科医師分科会 第3回

日時 平成28年2月9日（火）

- 議事
1. 研修教材の確認
 - ・ 研修スライド・解説の確認
 - ・ DVD教材の試写
 2. 伝達講習会について
 3. 今後のスケジュールについて

看護職員分科会 第2回

- 日時 平成28年2月16日（火）
- 議事
1. 研修教材制作について
 - ・ 講義スライドの確認
 - ・ 演習教材の確認
 2. 研修の位置付けと成果物について
 3. 今後のスケジュールについて

第2回 委員会

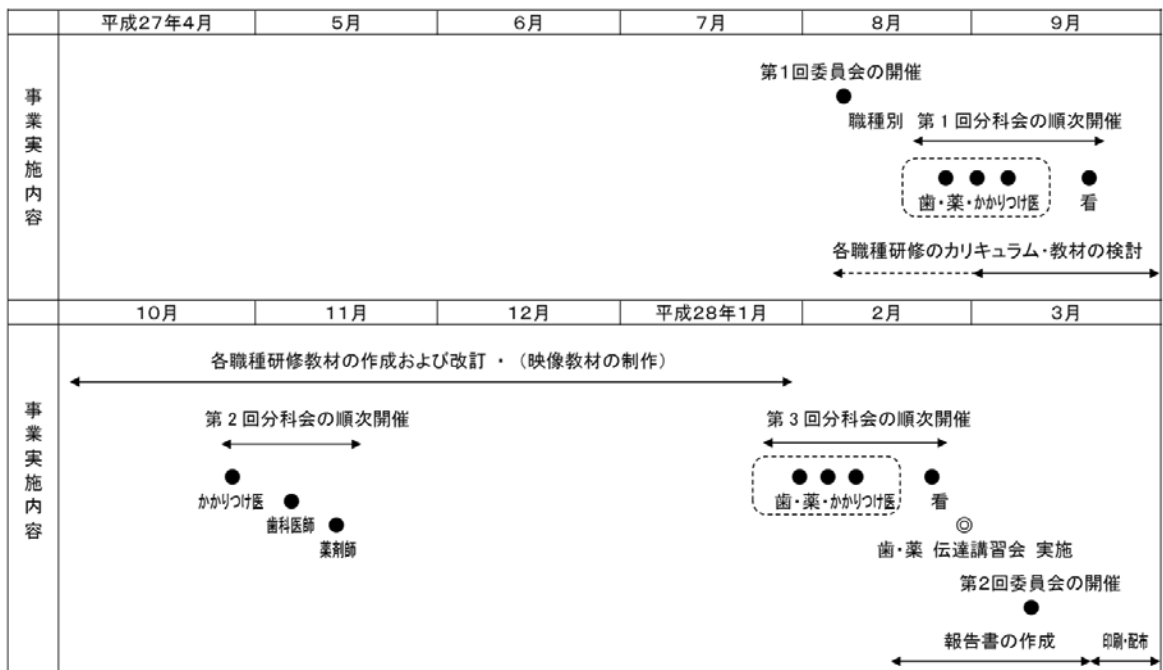
- 日時 平成28年3月9日（水）
- 議事
1. 各分科会作業（教材制作）について（報告）
 - ・ 歯科医師研修教材、DVD視聴含む（新規）
 - ・ 薬剤師研修教材、DVD視聴含む（新規）
 - ・ 看護職員研修教材（新規）
 - ・ かかりつけ医研修教材（改訂）
 2. 伝達講習会（歯・薬）の開催について（報告）

2-2 実施期間

平成 27 年 6 月 2 日（内示日）～ 平成 28 年 3 月 31 日

2-3 実施スケジュール

※第3回分科会は進行過程において合同開催とはしなかった



II 研修教材の制作（新規・改訂）

本事業では、歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修、看護職員認知症対応力向上研修の教材開発・作成を、それぞれの分科会が担当した。

歯科医師・薬剤師の研修の構成として、平成 28 年度以降に都道府県・指定都市による集合研修での実施を想定し、講義形式の教材を基本とした。研修カリキュラムとしては、認知症に関する基礎的な知識の部分（基礎知識）と認知症ケアにかかわる多職種連携や制度・施策の部分（連携・制度）については、既存の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の素材から多く活用（共有）することが可能であり、それぞれの職種に特有の専門知識にかかる部分を中心に新規作成していくこととした。

また、看護職員では、既存の「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の素材をベースに、主たる対象者と想定する看護師長等の管理者層向けに、認知症対応についての質的・量的に充実した講義や院内の体制や環境のマネジメントを含む研修カリキュラムにすることとした。

新規の教材作成にかかる既存教材との関係イメージは下図の通りである。

		かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	看護職員
講義	基礎知識	早期発見の意義 認知症の特徴・徴候 病態(類似症状等)	 <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医研修の教材を流用 ● H27 年度の改訂内容も反映 		(病院医療従事者 研修の教材を活用)
	専門知識	診断基準 治療 薬物療法・処方	新規作成 <ul style="list-style-type: none"> ● 歯科医師の役割 ● 歯科治療上の留意点 ● 口腔衛生管理 	新規作成 <ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤師の役割 ● 服薬指導上の留意点 ● 薬学的管理 	新規作成 <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者的視点 ● チーム対応・編成 ● 院内の取り組み
	(分科会で検討)			(分科会で検討)	
	連携制度	認知症ケア 多職種連携の意義 介護保険での役割	 <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医研修の教材を流用 ● H27 年度の改訂内容も反映 		
演習	任意実施 (地域で実施される多 職種対象の研修との 共同実施 等)				

なお、既存のかかりつけ医認知症対応力向上研修等については、新しい情報の反映および制度・施策上の変更点の反映を中心に改訂作業を行うこととした。

1 歯科医師認知症対応力向上研修（新規）

歯科医師研修認知症対応力向上研修の教材については、計3回の分科会での検討の中で、(1)カリキュラムの検討、(2)具体的なスライドおよび解説の作成、(3)DVD教材の作成を行った。

(1) カリキュラムの検討

- 全体を3部構成(180分)とし、うち、①「認知症の基礎的知識(第1編)」と③「連携と制度・施策(第3編)」については、かかりつけ医認知症対応力向上研修のスライド・解説を活用、その中間に②**歯科医師特有の対応力に関する内容(第2編)**を、概ね60分ずつの枠で配置する構成とした(全体構成およびスライドタイトルは9ページ以降を参照)。
- 第2編「かかりつけ歯科医の役割」は、歯科医療機関で認知症の人に接する場面を想定して、講義形式の研修の中で、現場感覚との距離感を保つことに配慮しながら、大きく、①総論、②歯科治療上の対応、③ストラテジー、④歯科医療機関としての対応の4つのパートで構成した。
- また、当初より予定をしていた、DVD教材の作成について、第2編の講義の流れに併せて、特徴的な場面を映像として流した上で、その場面に関する講義を行う構成とした。
DVDは約10分程度のコンテンツで制作することを事務局から提案していたが、上記の検討を経て、講義の流れに合わせて、3~4分ずつの3場面に分割して制作することとした。

(2) 具体的なスライド作成および解説執筆

- スライド作成および解説執筆は、**第2編「かかりつけ歯科医の役割」**を中心に、分科会での方向確認、委員による次回分科会までの持ち帰り作業、分科会でのレビュー、を繰り返しながら作成した(全編のスライドは12ページ以降を参照)。
- なお、Ⅲで後述する伝達講習会(H28.2.27)では、ほぼ完成形のスライドを使用する関係から、同講習会日程をマイルストーンとして、スライドを確定、その後、委員の分担でスライドごとの解説文章の執筆を行った。
- 個々のスライドは、第1編、第3編との重複を避け、かつ、教科書的なものではなく、実際の歯科診療と照らしながら知識を習得してもらうことを念頭に、必要十分な情報を整理することを目的として作成した。

(3) DVD教材の作成

- 前述の通り、第2編「かかりつけ歯科医の役割」との連動性をもった内容のコンテンツを検討し、映像教材の視聴後の講義の前提となる場面設定により、より第2編全体の理解に資することを狙った。
- 分科会委員によって具体的なシナリオの提案を頂き、事務局映像制作班によって具体的な撮影台本、キャスティングなどを行い、委員および、日本歯科医師会、埼玉県歯科医師会(同口腔保健センター)のご協力の下で、撮影を行った(DVD教材の台本は31ページ以降を参照)。

歯科医師 認知症対応力向上研修 構成案 (スライドタイトル一覧)

編内の構成(流れ)		歯科医師 認知症対応力向上研修スライド一覧 (案)		
			研修全体の目的・意義	
基本知識	●「編」の目的提示	基本知識編：認知症対応の基本知識の習得		
I-1 現状・ 施策	●認知症の現状と施策	基1	認知症の人の将来推計について	
		基2	認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要	
		基3	地域包括ケアシステム	
		基4	介護サービスの利用の手続き	
I-2 認知症 の理解	●認知症の特徴と病態の説明(症例)	基5	認知症高齢者の日常生活自立度	
		基6	認知症の診断基準（DSM-5）	
		基7	認知症の中核症状と行動・心理症状（BPSD）	
		基8	家族が認知症を疑うきっかけとなった変化	
		基9	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ	
		基10	アルツハイマー型認知症とは	
		基11	アルツハイマー病の症例（68歳・女性）	
		基12	レビー小体型認知症とは	
		基13	レビー小体型認知症の症例	
	●4つの病気(AD、DLB、FTD、VD) の特徴、症例等	基14	前頭側頭葉変性症とは	
		基15	前頭側頭葉変性症の症例（62歳・女性）	
		基16	血管性認知症の診断基準	
		基17	血管性認知症の考え方の変化	
		基18	若年認知症の特徴	
		基19	画像診断の目的	
	I-3 認知症 対応の 基本知識	●医師による診断（知識として）	基20	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント
			基21	認知症各病型の典型的なMRI画像
			基22	認知症各病型の典型的なSPECTパターン
基23			軽度認知障害とは	
●軽度認知障害(MCI)について		●アセスメント(観察)の知識	基24	記憶障害のアセスメント
			基25	見当識障害のアセスメント
			基26	判断・実行機能障害のアセスメント
			基27	認知症の重症度（FASTより）
			基28	認知症のスクリーニングのためのアセスメントツール
●薬物療法（知識として）		基29	認知症の経過の中での投薬の意義	
		基30	認知症治療薬の特徴	
	基31	投薬に際しての支援のポイント		

役割編	●「編」の目的提示		ねらいと到達目標
II-1 役割編 総論	● 歯科医師の役割の明確化・可視化	役割1	かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割
	● 歯科の特殊性をベースに、認知症患者をあてはめ	役割2	歯科の特殊性
	● 放置の例を示し、認知症の理解の必要性を再認識 ・認知症の進行にともなう変化と歯科コースを確認 ・“こうならないための”研修趣旨を明示	役割3	認知症の人がたどる経過の中での歯科治療の関わり
		役割4	認知症の進行過程に応じた歯科におけるケアの視点
		役割5	認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・
		役割6	かかりつけ歯科医に求められる認知症の診療(まとめ)
II-2 歯科 治療上 の対応	● 歯科における「気づき」 ・意義とポイント	役割7	かかりつけ歯科医が早期に気づき対応する意義
	● 対応の総論(本研修でのアプローチ)	役割8	歯科診療において注意すべき気づきのポイント
	◎ グレーの事例を示して、イメージ共有	DVD①	受付にて「保険証返してよ」
	● DVDに続いて、グレーの人への対応 総論 あくまで普通の人+アルファの対応 各論 具体的な対応ハウツー	役割10	認知症が疑われる人への対応
		役割11	認知症かもしれない人に対する歯科医療職の対応
		役割12	かかりつけ歯科医師の対応の視点①(一人で受診)
		役割13	かかりつけ歯科医師の対応の視点②(家族と受診)
	● 次に、診断あり(クロ)に人への対応 認知症を理解する視点の整理	役割14	認知症と診断されている人への対応
		役割15	認知症の人の歯科治療をスムーズに進めるための4つの視点の整理
	● クロの人への対応に続いて、BPSDの理解と対応 ・BPSDの内容理解(イメージ再確認) ・BPSDは作られた障害であること ・歯科医師としての支援の視点 ・トラブルを広げないための情報共有の方法 ・非日常である歯科診療所における対応	役割16	認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)
		役割17	歯科治療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因
		役割18	認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援
		役割19	キーパーソンとの状況共有と配慮
		役割20	歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応
	◎ BPSDの事例を示して、クロの人への対応を確認	DVD②	診療室にて①「帰りたいんですけど・・・」
● 歯科治療上の対応 ・歯科治療における重要な視点 ・対応のポイント4つごとの詳説 ①環境整備、②説明、③配慮、④観察・ケア	役割21	認知症の人に歯科治療を行う上で必要な視点	
	役割22	歯科治療の不安に対応した環境整備	
	役割23	治療内容の理解を助ける説明	
	役割24	歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮	
	役割25	治療中の観察とストレスの軽減を図る対応	
II-3 ストラ テジー	● 治療計画立案とインフォームドコンセント ・治療計画を立案する姿勢 ・治療上の留意点 ・継続的な口腔管理の必要性 ・治療とケアの計画立案のしかた ・ストラテジー ・インフォームドコンセントの考え方	役割26	歯科治療計画を立案する上での視点
		役割27	歯科治療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因(再掲)
		役割28	継続的な口腔管理の必要性和治療計画の立案
		役割29	治療計画とケアの計画の立案のしかた
		役割30	認知症の人への歯科治療方針
		役割31	歯科治療を円滑に進めるためのインフォームドコンセントの考え方
II-4 診療所 としての 対応	◎ 歯科診療所としての対応のあり方を確認	DVD③	診察室にて②「バカにしないで・・・」
	● 診療所としての対応のポイント ・観察の根拠となる知識 ・外来フォローの視点	役割32	歯科診療における注意すべき気づきのポイント(再掲)
		役割33	観察ポイントのバックグラウンド
		役割34	歯科外来でフォローするときの視点
	● 診療所として対応するための管理者の役割 ・管理者の役割 ・受け入れのための準備 ・スタッフに対するマニュアル(教育的視点)	役割35	管理者の役割の重要性
		役割36	歯科医療機関の管理者の役割
		役割37	認知症の人を受け入れるにあたって
		役割38	対応のポイント
	● II 役割編のまとめ	役割39	まとめ

連携・制度	●「編」の目的提示		連携・制度編：連携と制度の理解
Ⅲ-1 多職種 連携	●多職種連携の意義	連1	かかりつけ歯科医にとっての「多職種連携」の意味
		連2	サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割
	●連携相手方と それを支える仕組み	連3	ケアマネジャーとの連携
		連4	社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等との連携
		連5	地域包括支援センター
		連6	地域包括支援センターとの連携
		連7	地域ケア会議
		連8	認知症サポート医
		連9	認知症疾患医療センター
	●認知症ケアの基本	連10	認知症の人の医療とケアの目標
		連11	認知症ケアの基本～尊厳を支えるケアの確立～
		連12	認知症ケアの基本～サービスのあり方～
	●地域の仕組み	連13	認知症の人への支援体制
		連14	地域の相談窓口
Ⅲ-2 介護保険 制度	●介護保険制度について	連15	介護サービスの利用の手続き（再掲）
		連16	介護給付（介護保険サービス）
		連17	予防給付と地域支援事業
	●地域密着型サービス	連18	地域密着型サービス
		連19	小規模多機能型居宅介護
		連20	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
		連21	看護小規模多機能型居宅介護
Ⅲ-3 認知症 施策	●認知症関連施策	連22	認知症ケアパス
		連23	認知症初期集中支援チーム
		連24	認知症地域支援推進員
		連25	若年認知症の現状
		連26	若年認知症の人への支援（制度）
		●他の認知症施策	連27
	連28		成年後見制度の仕組み
	連29		日常生活自立支援事業
	連30		高齢者虐待の現状
	連31		認知症サポーター
	連32	認知症支援を通じた地域作りに向けて	

歯科医師 認知症対応力向上研修

1. 基本知識 編
2. かかりつけ歯科医の役割 編
3. 連携・制度 編

平成27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）
 歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
 歯科医師分科会 編

歯科医師認知症対応力向上研修 研修全体の目的・意義

- 早期発見・早期対応の重要性 および、認知症の人と家族の生活を支える知識と方法を習得する
- 認知症の人への対応の基本と歯科診療の継続のための方法を習得する
- 認知症診療、ケア、連携に関する基本的な知識を得る

基本知識 編

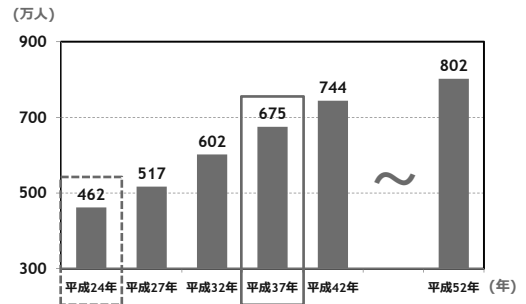
ねらい：認知症の人や家族を支えるために
 認知症対応の基本知識を習得する

到達目標：

- 認知症の現状や病態やその特徴を理解できる
- 認知症診療・ケアの概要・プロセスを理解できる

《基本1》

認知症の人の将来推計について



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

《基本2》

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向け～

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

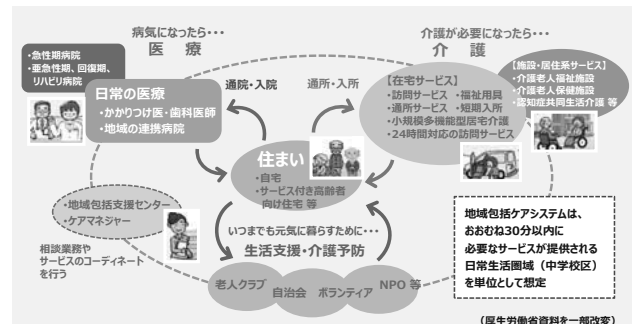
7つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 (3) 早期診断・早期対応のための体制整備
 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修(仮称) 新設
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

《基本3》

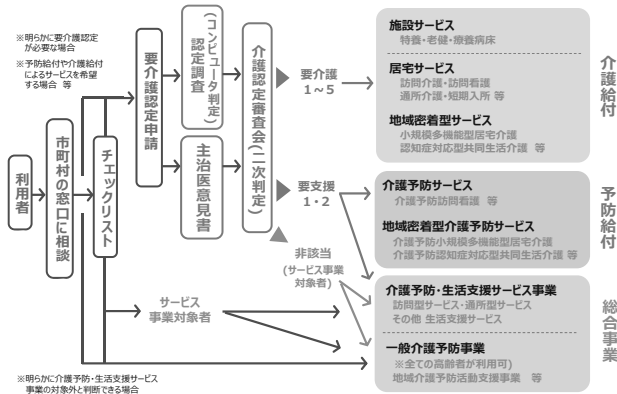
地域包括ケアシステム

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



《基本4》

介護サービスの利用の手続き



《基本5》

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
	II a 家庭外で上記IIの状態が見られる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
	III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる
III b 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

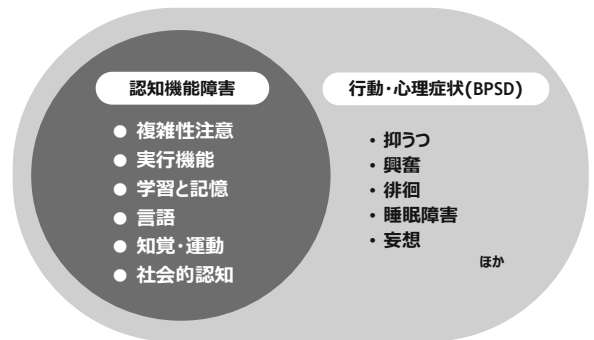
《基本6》

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は現れるものではない。
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

《基本7》

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



《基本8》

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

- (n:465)
- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった ... 74.6%
 - 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) ... 52.9%
 - 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった ... 46.7%
 - クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった ... 29.5%
 - 服薬がきちんとできなくなった ... 28.4%
 - ふさぎこんで、何をしても億劫がり、嫌がるようになった ... 26.5%
 - 気候に合った服を選んできることができなくなった ... 19.6%
 - 入浴しても洗髪は困難になった ... 13.5%

公益社団法人 認知症の人と家族の会 「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

《基本9》

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりついで医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

《基本10》

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の半分以上を占める
- 病理学的には、アミロイドの蓄積 ⇒ 老人斑を形成 ⇒ タウの細胞内への蓄積 ⇒ 神経原線維変化
- 最初に起こる症状は 記憶障害 である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れが目立つから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- 忘れていたことを「取り繕い」をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと（物盗られ妄想）が見られることがある。

《基本11》

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところにも何度も電話して行くが、前にかけてきた内容を覚えていない。
買い物へは行くが、同じものを大量に買ってしまい 冷蔵庫内で腐らせてしまう。
料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。
最近好きで通っていた絵画教室にいろいろな理由をつけては行かなくなった。

《基本12》

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。
認知機能症状 初期には記憶障害よりも、遂行障害や問題解決能力の低下、構成障害や視空間認知障害、注意の障害がめだつ
精神症状 リアルで具体的な幻視や妄想
パーキンソン症状 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる
自律神経症状 たちくらみ、排尿障害、失神
- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、症状の変動が大きく現れる。（数分から日の単位まで多様）

《基本13》

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる
家族歴：特記すべきことなし
現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。
平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもかかわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に女の人がいる、という。
平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

《基本14》

前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、人格や行動の変化 がみられる（自らをおさえることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲がなくなるとなる等）
⇒ 行動変容型前頭側頭型認知症
- 側頭葉が障害されると、言葉の障害が初期から目立ってくる
◎ 言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒ 進行性非流暢性失語
◎ 言葉の意味が失われる（「電車って何ですか」など）
⇒ 意味性認知症

《基本15》

前頭側頭型認知症（62歳・女性）

主 訴：異常行動
家族歴：姉が認知症
現病歴：平成X年4月頃から 不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃやれな性格だったが、家族とも口をきかなくなった。
平成X+2年6月頃から 異常行動出現
● 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
● スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
● 全裸で洗濯物を乾かす。
● ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
● 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。
これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。
平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

《基本16》

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)して起こる
- 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを治療し、規則正しい生活をする事で、発症や進行の予防が可能

[特徴]

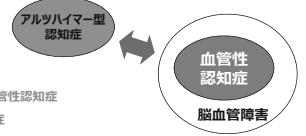
- ◎症状が突然現れたり、段階的に悪化・変動したりする。
- ◎認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロールができないなどの随伴症状が早期から見られる。

《基本17》

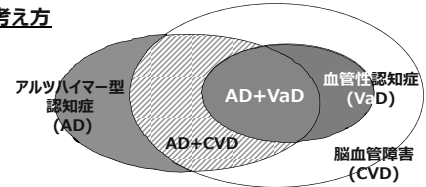
血管性認知症の考え方の変化

これまでの考え方

- ・脳卒中の既往があれば 血管性認知症
- ・画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
- ・画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
- ・運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



最近の考え方



《基本18》

若年性認知症の特徴

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人・配偶者の親等の介護が重なり、時に複数介護となる
- 家庭内での課題が多い(就労、子供の教育・結婚等)

《基本19》

画像診断の目的

1. 除外診断

脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍等の他の疾患によって、認知症症状が引き起こされていないかどうかを除外

2. 認知症の病型診断の補助

3. 軽度認知障害が認知症に移行しやすいかどうかの指標

※ 薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割

… 今後期待されるが現時点では探索的段階

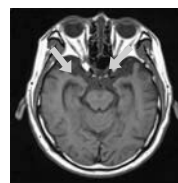
《基本20》

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

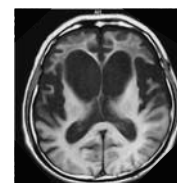
	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、側頭葉の萎縮 (初期には目立たない)	(特異なものはない)	前頭葉、側頭葉の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野後部带状回楔前部前頭葉	頭頂側頭連合野後頭葉	前頭葉頭頂側頭連合野(ADに比べて軽い)	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
その他		・MIBG心筋シンチで取り込み低下 ・DATスキャンでのドパミントランスポーター取り込み低下		

《基本21》

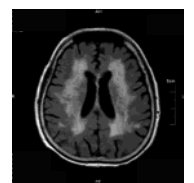
認知症各病型の典型的なMRI画像



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)



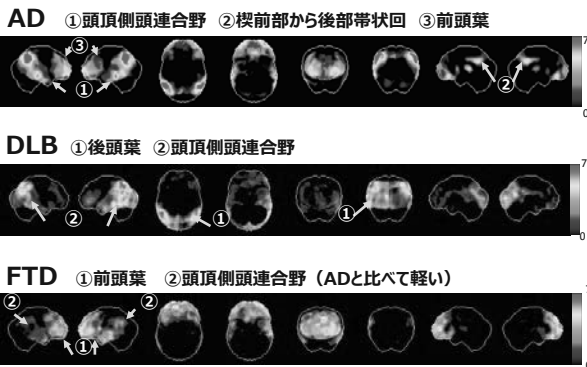
前頭側頭型認知症



血管性認知症

《基本22》

認知症各病型の典型的なSPECTパターン



《基本23》

軽度認知障害とは

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

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないかと不安」に応え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」という誤解に対応していくこと

《基本24》

記憶障害のアセスメント

- 最近の記憶
 - ・食事の内容
 - ・受診の交通手段、目的
 - ・家族との外出など
- 昔の記憶
 - ・生年月日
 - ・出生地
 - ・学校時代の話など

について、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

《基本25》

見当識障害のアセスメント

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識

《基本26》

判断・実行機能障害のアセスメント

- 家族からの情報
 - ・気候にあった服を着ているか
 - ・適切に着替えをしているか
 - ・雨天時に傘をもっていか
 - ・料理の味付けはどうか
 - ・いつも同じ料理ばかりではないか
- 本人への質問
 - ・火事に出会ったらどうするか
 - ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

《基本27》

認知症の重症度 (FASTより)

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる言葉はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

《基本28》

認知症のスクリーニングのためのアセスメントツール

〈質問式〉

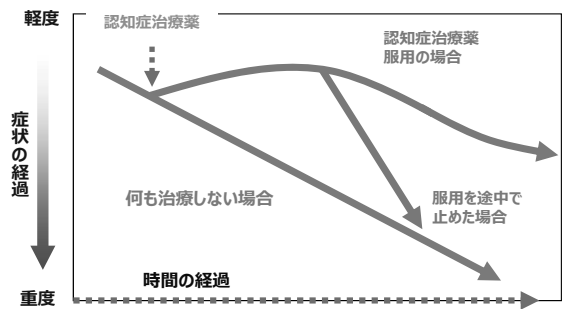
- ① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
- ② ミニメンタルステート検査 (MMSE)

〈観察式〉

- ① DASC-21 (The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items)
- ② 初期認知症徴候観察リスト (OLD)

《基本29》

認知症の経過の中での投薬の意義



《基本30》

認知症治療薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	グルタミン酸受容体 の拮抗薬
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤	20mg 5mgから毎週漸増
初期 投与方法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持	
用法	1	2	1	1
半減期	70-80	5-7	2-3	
代謝	肝臓	肝臓	非CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ漸増法が 承認 (2015)	

《基本31》

投薬に際しての支援のポイント

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

かかりつけ歯科医の役割 編

- ねらい： ● 認知症の人の神経心理学的症状を理解し、
配慮した歯科治療を行う
- 歯科医療機関全体で認知症の人や家族への
支援を行う基本的知識を得ること

到達目標：

- かかりつけ歯科医の役割の理解
- 認知症の人(疑いを含む)の神経心理学的症状の理解
- 神経心理学的症状に配慮した歯科治療上の配慮
- スタッフ教育および歯科医院全体で行う患者・家族への支援
- 必要に応じた適切な連携

《役割1》

かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割

認知症に対応できる歯科医師の役割

- 認知症を理解し徴候などに気づくことができる
- 認知症の人に対する継続的な歯科治療を行う
- 全てのスタッフが認知症を理解し、認知症の人
やその家族を支援することができる
- 必要に応じ他の医療施設や必要なサービスと
連携できる

《役割2》

歯科の特殊性

そもそも歯科の特殊性とは

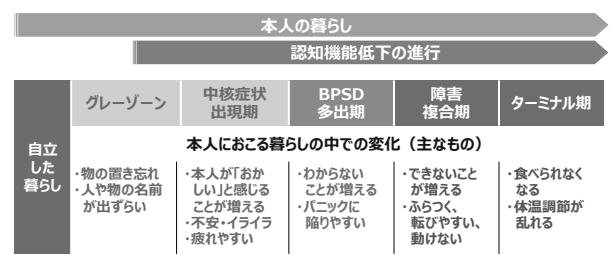
- 本人の希望が前提
- 診断に対して複数の治療方針がある
- 契約は本人と歯科医師の間で行う

加えて、認知症の人に対しての歯科診療は

- ① 認知症は目に見えない機能障害
- ② 生活の困難に対応する必要（本人任せにできない）
- ③ 高齢者の口腔の多様性（義歯やインプラントなど）
- ④ 身体の機能低下に口腔の機能低下がリンクする
- ⑤ 栄養摂取への影響
- ⑥ 契約と診療費は本人の希望だけで行えない可能性

《役割3》

認知症の人がたどる経過のなかでの 歯科治療の関わり



どの時期、段階（ステージ）での治療なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要となる

参考：病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修テキスト

《役割4》

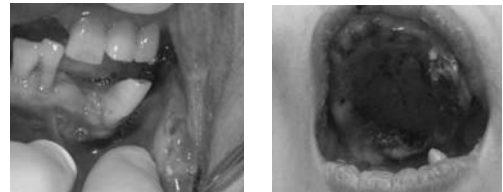
認知症の進行過程に応じた歯科におけるケア視点

軽度認知障害から 認知症初期	認知症初期から 認知症中等度	中等度以上 (在宅や施設)
ガーグリング、リンスは自立しているが口腔清掃のセルフケアが不十分になる、忘れてしまうこともある。清掃用具の支援に加え、口腔清掃行為の誘導や、日々の習慣化などに配慮する必要がある。介助の受け入れは自尊心に配慮する必要がある。	ガーグリングが困難になる。口腔清掃を一人で遂行することは困難。口腔清掃行為に誘導や介助が必要だが拒否がおこらないように、本人のリズムに合わせる必要がある。義歯しまいこみ、紛失に注意が必要。	口腔清掃したがらず、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になってくる。うがいの水を飲んでしまう事がある。口腔清掃の介助を嫌がる。理解力低下に伴う口腔清掃介助拒否に配慮し、セルフケアもうながしながら介助を行う。水分の誤嚥に配慮する。

枝広あや子「高齢者医療での歯科に関するMinimum Skills, 臨床に役立つQ&A 4. 認知症などをもつ要介護高齢者の口の管理のポイントを教えてください」. Geriatric Medicine Vol53 (11):1195-1198, 2015.

《役割5》

認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・



《役割6》

かかりつけ歯科医に求められる認知症の人への対応(まとめ)

- 認知症の徴候に気づく
- 認知症の人に対応する
- 認知症の人の歯科治療を行う
- 認知症の人の家族を気遣い支える
- 地域でみることを意識し、連携体制を構築する

《役割7》

かかりつけ歯科医が早期に気づき対応する意義

- 早期に気づき、他の職種につなぐ役割を担う
- より早期からの継続的にかかり方によって変化を捉えることが可能となる
- 認知症初期の段階では、配慮すれば歯科治療は十分可能である
- BPSDが顕著で歯科治療困難な期間を短くでき、その後の暮らしに備えるため、予知的な治療を行うことが出来る
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアやサービス利用により、認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

《役割8》

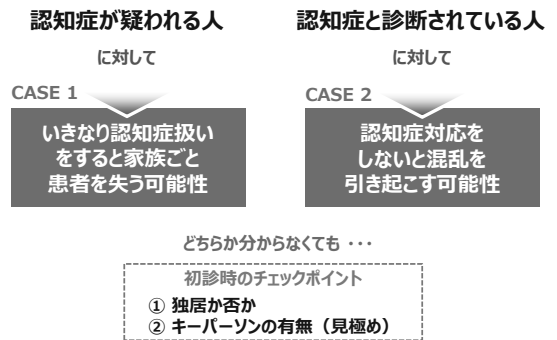
歯科診療において注意すべき気づきのポイント

- 予約の日時を忘れる・間違える
- 忘れ物が増えた
- 同じことを何回も質問する
- 職員に対する態度がきつくなるなど変化した
- 健康保険証・診察券・お釣りを受け取っていないという
- 履物を間違える
- 整容・身だしなみが変化した
- 口腔清掃状態が悪化した
- 義歯をたびたび紛失する
- 義歯が口腔内に装着されているかどうかわかっていない
- 診療室からの出口がわからない(出入口を間違える)

《役割9》

歯科における認知症はデリケート

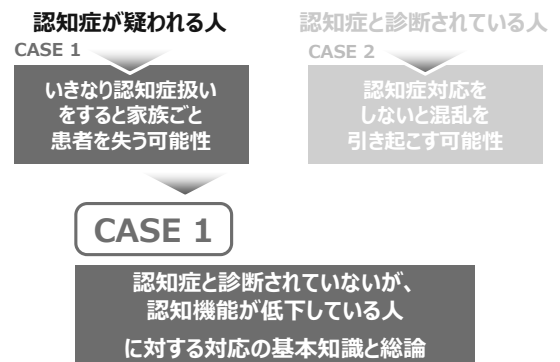
対応を分けて考える



DVD:1
受付にて
「保険証 返してよ」

《役割10》

認知症が疑われる人への対応



《役割11》

認知症が疑われる人に対する 歯科医療職の対応

Point ①

- 共感と傾聴をベースに観察に徹する
- ミスなど指摘することは避ける
- 感情の高ぶりには穏やかに対応する
- 病歴や投薬の聴取は頻繁に行う
- 主治医や家族との連絡が重要

《役割12》

認知症が疑われる人に対する かかりつけ歯科医の対応の視点①

Point ②

- ① 一人で受診した場合
- 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
 - 身体合併症に関する問診には、認知機能障害の特徴を考慮する
 - 現在の服薬内容について情報を収集する
 - 必要に応じて家族への連絡や家族とともに来院することが必要であることを説明する
 - 家族に連絡し、本人とともに来院することを促す
 - 本人の状況に配慮し、その日に可能な歯科診療を行う

《役割13》

認知症が疑われる人に対する かかりつけ歯科医の対応の視点②

Point③

② 家族と一緒に受診した場合

- 本人と家族(または付添人)それぞれから聴取する
- 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集する
- ケアマネジャーなどからも情報を収集する(介護保険利用時)
- 認知症が疑われることを説明し、情報を集めて、本人と家族の理解を得た上で、かかりつけ医等に紹介する

《役割14》

認知症と診断されている人への対応

認知症が疑われる人

CASE 1

いきなり認知症扱い
をすると家族ごと
患者を失う可能性

認知症と診断されている人

CASE 2

認知症対応を
しないと混乱を
引き起こす可能性

CASE 2

認知症と診断されている人
に対する対応の基本知識と総論

《役割15》

認知症の人の歯科治療を スムーズに進めるための4つの視点の整理

Point①

認知症の人は、一般の人以上に、身体的、環境的、
心理・社会的な要因による影響を受けやすい特徴がある

そのために、以下の4点が重要

- ① 認知症の人がたどる経過を理解すること
- ② 歯科治療の際に留意が必要な認知症の症状と
要因・誘因を知ること
- ③ 本人が体験している世界を知ろうと努めること
- ④ 認知症の人の尊厳を保持すること

永田久美子 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」
正木治恵 監修 「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011

《役割16》

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

Point②

認知機能障害

- 複雑性注意
- 実行機能
- 学習と記憶
- 言語
- 知覚・運動
- 社会的認知

行動・心理症状(BPSD)

- 抑うつ
- 興奮
- 徘徊
- 睡眠障害
- 妄想

ほか

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

《役割17》

歯科診療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

Point③



永田久美子 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」
正木治恵 監修 「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011

《役割18》

認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援

Point④

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 認知症に起因すると考えられる口腔症状に関する説明は、本人には慎重に行い、家族に対しても支援を促す
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、状況に応じて社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる
- 歯科口腔疾患を早めに見つけ、予知性を持った治療をする

《役割19》

キーパーソンとの状況共有と配慮

Point ⑤

認知症の人の記憶が曖昧であったり、意思疎通に不安があるような際は早めにキーパーソンと情報共有する

- 家族介護者の労をねぎらいつつ、認知症の人の症状の変化や介護の状況、家族の不安などに傾聴する
- 本人の病状・家族の状況に合わせて負担に配慮する
通院負担が高ければ、通院回数が少ない治療方法をすすめる等工夫する、訪問診療を行う など、介護者の負担の少ない方法をとる

《役割20》

歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応

Point ⑥

認知症の人が感じる
不安と恐怖

慣れていない歯科医療機関
何をされるかわからない
適切に治療してもらっているか不安

BPSDの出現

安心
できる
対応

- 不適切な環境や対応方法のチェックと改善（騒音、不適切な説明など）
- 内服薬の変更に伴う副作用の変化や急激な日常生活変化、身体疾患の悪化の聞き取り

これからの対応を検討する

DVD:2 診療室にて① 「帰りたいんですけど・・・」

《役割21》

認知症の人に歯科治療を行う上で必要な視点

- ① 歯科医療機関は治療優先の場であり、認知症の人にとって馴染みにくい場であることを認識する
- ② 痛み、状態変化や環境の変化は、認知症の症状の悪化、BPSDの発生や悪化につながりやすい
- ③ 治療に伴う緊張は、BPSDの発生や悪化の要因にもなる

認知症に対する理解が十分とは言えないケアが、BPSDを悪化させる可能性もあることを認識する

《役割22》

歯科治療の不安に対応した環境整備

認知症の人は、急激な環境変化に適応するまでに不穏や混乱を起こし、帰宅願望を強く訴えることが多い

環境への不安

- できるだけ本人の様子を観察しやすいユニットに通す
- 治療内容や治療時間の終了の見通しを伝え、安心感を与える
- なるべく家族に同席してもらい協力を得る

治療行為への不安

- 口腔・顎顔面、頭頸部への急な接触による不安の誘発に配慮する
- 口腔の過敏、水分や音の出る機械による恐怖に配慮する
- 信頼関係を保つ配慮、理解を促してからの介入により安心を与える
- 顔を見せて話をし、見えないところから話しかけない

《役割23》

治療内容の理解を助ける説明

認知症の人は「治療内容が理解できない」と考えるのではなく、低下した認知機能に見合った情報提供の方法と時間を考える

- 認知症の人の理解のため、同じ説明方法を繰り返し用いるようにする。
- 認知症の人の理解力に合わせた説明方法を探る
- 治療内容について、図や模型をまじえた説明用紙等を利用する
- 説明後、忘れていても根気よく同じメッセージを繰り返す

《役割24》

歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮

認知症の人は、予測しない状況に即座に対応できないことが多い

忍耐が必要とされる歯科治療の際

- 困難である可能性も考慮の上、少しずつ様子を見ながら行う
- 水の出る治療は除石など 簡単なものから行い様子を見る
- 印象採得・義歯修理など 認知症の人が緊張する治療には十分配慮する
- 休憩をはさみながら行うなど安心を与える

協力が必要な治療行為の際

- 印象採得や咬合採得など、協力が必要な治療は 家族にも説明し協力を依頼する
- 理解困難な治療は、適宜 練習しながら実施する
- 一定期間の継続通院が必要な治療の可否を、あらかじめ検討してから治療を始める

《役割25》

治療中の観察とストレスの軽減を図る対応

認知症の人は訴えが少ない、あるいは多様であることから、何が起きているのかを観察から判断する必要がある

- 身体的な観察（呼吸、血圧、むせなど）
- 声かけを行ったときの反応（拒否的な発言など）
- 経時的な表情や訴えの変化（表情が険しくなるなど）
- 落ち着きのなさや興奮などの観察

歯科医療機関のスタッフの適切な声掛けは
認知症の人の不安・ストレスを軽減させる

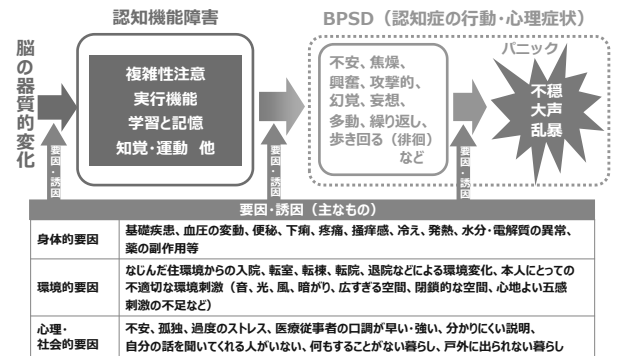
《役割26》

歯科治療計画を立案する上での視点

- 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

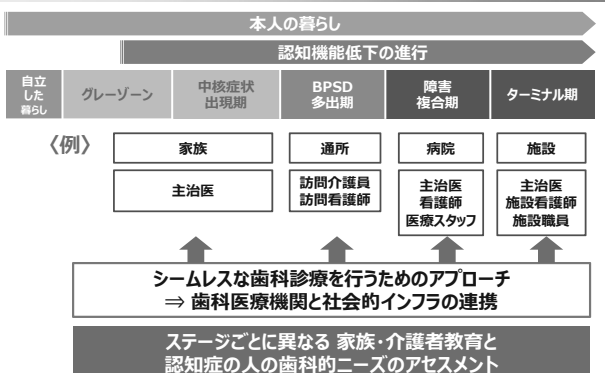
《役割27》

歯科治療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因(再掲)



《役割28》

継続的な口腔管理の必要性和治療計画の立案



《役割29》

治療計画とケアの計画の立案のしかた

計画立案時のアセスメントポイント

- 認知症の進行の程度
- BPSDの強く出る時期かどうか（治療の時期のアセスメント）
- 治療に関する身体的な負担（基礎疾患、加齢等）
- 口腔の過敏、水や音の出る機械による恐怖の程度
- セルフケア（ブラッシング、うがい等）の可否と度合
- 家族の同居の有無、家族や介護者の協力体制、時間や経済的な問題
- 家族や介護者の口腔に関する理解、継続的な情報提供の必要性

患者の病状（保存治療に耐えられるか？）と 家族の予備力（何か月通えるか？意思が揺らぐ可能性はあるか）をアセスメントし、治療にかかる時間と回数の配慮のうえ治療内容を判断する

患者の多様な希望 実現可能な治療
最大限の効果が
得られる治療

《役割30》

認知症の人への歯科診療方針

認知症の人と歯科診療のつながりを継続させる

- 治療負担の大きい保存・補綴治療は、治療への協力が可能な時期をみはからう
- 希望があったとしても効果が薄いことが予想されることの判断
- 口腔にとって第一選択であっても、認知機能低下の様子によっては妥協も必要

認知症 軽度 : 十分な配慮により治療は可能だが、いずれ治療困難になることを踏まえて予知的な治療を行う

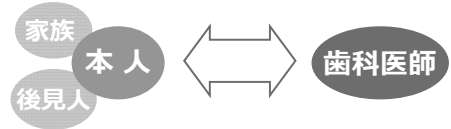
認知症 中等度 : 理解力低下により拒否的になる可能性もあるため、心理的負担がかかる治療は十分な配慮が必要

認知症 重度 : 治療困難な場合は、可及的にQOLを重視した治療を重視する。その時点での口腔機能・衛生の維持に配慮

《役割31》

認知症の人の歯科診療を円滑に進めるためのインフォームドコンセントの考え方

- 社会的インフラ（後見人制度等）を理解する
- 明確な意思表示・意思決定が可能かどうか配慮しつつ、必要に応じ家族にも説明する。
- 説明内容は書面で残すように努める
- 本人の意思を尊重しつつ、家族や後見人などの社会的状況を加味して治療計画を立てる



《役割32》

歯科診療において注意すべき気づきのポイント(再掲)

- 予約の日時を忘れる・間違える
- 忘れ物が増えた
- 同じことを何回も質問する
- 職員に対する態度がきつくなるなど変化した
- 健康保険証・診察券・お釣りを受け取っていないという
- 履物を間違える
- 整容・身だしなみが変化した
- 口腔清掃状態が悪化した
- 義歯をたびたび紛失する
- 義歯が口腔内に装着されているかどうか分かっていない
- 診療室からの出口がわからない(出入口を間違える)

DVD:3

診療室にて②

「バカにしないで・・・」

《役割33》

観察ポイントのバックグラウンド

記憶障害

最近の記憶 食事の内容／受診の交通手段、目的／家族との外出など
昔の記憶 生年月日／出生地／学校時代の話など

見当識障害

- ・今日の年月日、曜日、午前・午後
- ・自宅の住所
- ・今いる場所の認識
- ・家族の認識

判断・実行機能障害

- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか
- ・(本人への質問) 火事に会ったらどうするか

《役割34》

歯科外来でフォローするときの視点

心理面の配慮	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の症状は基本的に理解可能として接する ● 本人は強い不安の中にいることを理解して接する ● 感情面は保たれているという認識で接する ● より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する ● 介護者に同伴してもらうこと（安心感） ● 家族の介護負担に常に配慮する
変化への対応	<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔機能の低下等の変化 ● 日常の口腔清掃行為の変化 ● 問診による 2～3カ月の状況変化 <ul style="list-style-type: none"> ① 行動・心理症状(BPSD) ② 精神科薬剤等の変更・追加処方 ③ 身体疾患（発熱、痛み、基礎疾患の悪化など） ④ 副作用（コリンエステラーゼ阻害薬等）
日常の心得	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)をもつこと

《役割35》

管理者の役割の重要性

認知症の人に、いつでも安心して歯科治療を受けられるようにするためには、管理者としての意識・取り組みが重要となる。

- 安心して通院できる環境
- 必要な職員の研修
- 院外の関係機関と積極的な連携
- 訪問診療の体制整備

認知症への対応ができることが、
高齢者医療への対応力を高めることにつながる

《役割36》

歯科医療機関の管理者の役割

- 原則として、認知症を理由に受診を断らない
- 認知症の人の歯科疾患の急性症状に対するのトリアージを行う
- 症状に応じた適切な医療機関、また、認知症の人を支える地域の関係機関（地域包括支援センター等）との連携体制をつくる
- 認知症や高齢者に関する研修受講、およびスタッフの受講を支援する
- 院内設備等の環境の整備を行う

《役割37》

認知症の人を受け入れるにあたって

- 認知症の人を受け入れるにあたり、現状を評価し、必要な歯科診療を行える環境を整える
 - ・ スタッフの意識
 - ・ 院外の連携体制
 - ・ 専門職への相談体制等
- 定期的に全職員を対象とした研修を行う
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う

《役割38》

対応のポイント

話す技術
聴く技術

- ゆっくりと優しい口調で話す
- 同じ高さの目線で話す
- 遠くや後ろから話しかけない

行動面
での技術

- 周り・後ろ(死角)で大きな音を出さない
- 騒がしくない環境を作る

観察の
ポイント

- いつもと様子・行動が違うときは合併症に気をつける
- 動き、表情や言葉の変化に注意
- 他のスタッフが関わっているときの反応を観察する

H26年度 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修テキストを参照

《役割39》

かかりつけ歯科医の役割編のまとめ

認知症の人への対応を難しく考え過ぎず、
高齢者医療への対応力を高めることが基本

- 長年培ってきたかかりつけ歯科医として情報と信頼関係
- 安心して通院できる心配りや施設の整備
- 歯科医師とスタッフに必要な認知症の知識の研修
- かかりつけ医や他の関係機関と積極的な連携

連携・制度編

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

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みと
かかりつけ歯科医の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、
本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護
の仕組みの概要を説明することができる

《連・制1》

かかりつけ歯科医にとっての「多職種連携」の意味

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - *1 今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
 - *2 継続的な歯科診療において、本人の生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る
- 口腔管理(セルフケア)の確認ができる
 - * 診察時のみでは継続管理期間の口腔管理・セルフケアの状況を確認できないが、訪問看護・介護関係者等から情報を得ることができる
- かかりつけ歯科医が生活上の課題を把握していると、歯科治療に関する本人・家族の協力が向上する
- BPSDに関連する要因についての情報が得られる

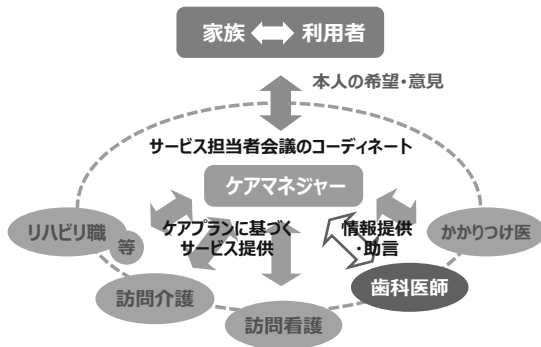
《連・制2》

サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割

- 口腔状況・口腔機能状況の情報提供
- 歯科疾患の経過、投薬内容・副作用等の注意事項
- 傷病と口腔状況・口腔機能状況との関わりについての情報提供
- 投薬内容と口腔状況・口腔機能状況との関わりについての情報提供
- 発生の可能性が高い歯科疾患とその処方針についての具体的指示
- 日常生活上の歯科医学的な注意事項(特に介護サービス提供時の留意事項)

《連・制3》

ケアマネジャーとの連携



《連・制4》

社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等との連携

社会福祉士・精神保健福祉士

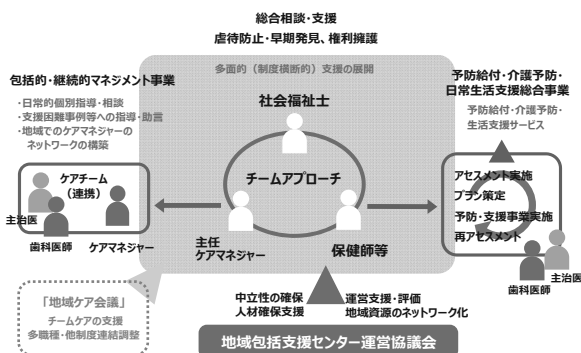
- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築
- 社会参加支援

介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

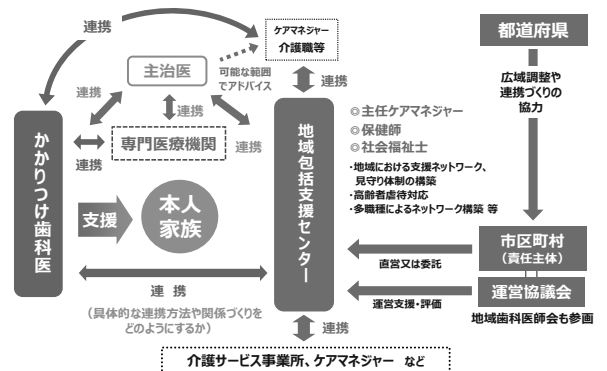
《連・制5》

地域包括支援センター



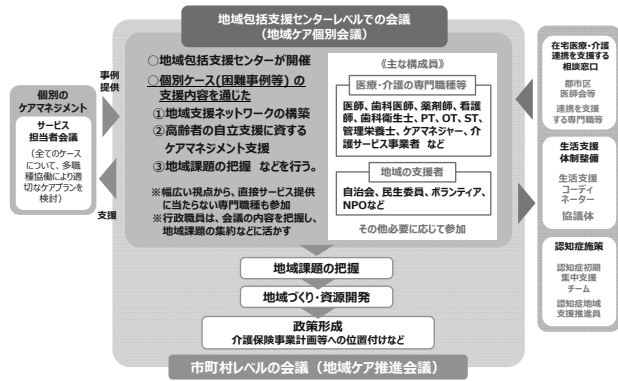
《連・制6》

地域包括支援センターとの連携



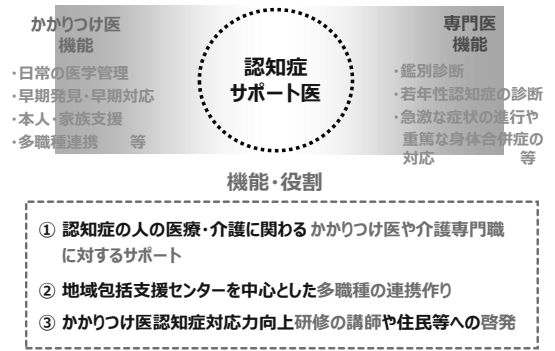
《連・制7》

地域ケア会議



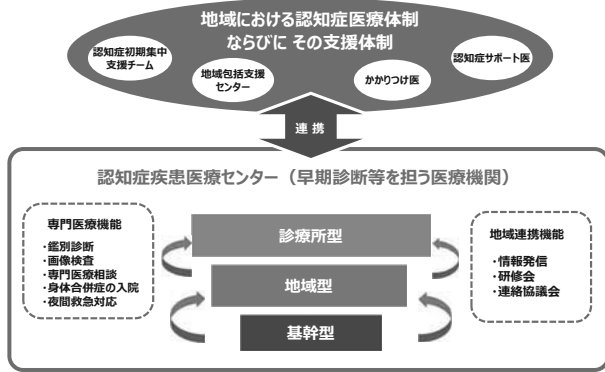
《連・制8》

認知症サポート医



《連・制9》

認知症疾患医療センター



《連携10》

認知症の人の医療とケアの目標

- 1 : 生活機能の1日でも長い維持
- 2 : 行動・心理症状(BPSD)の緩和
- 3 : 家族の介護負担の軽減

日本老年医学会ニュースレター
第1回 認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点から より抜粋

《連・制11》

認知症高齢者ケアの基本 ～ 尊厳を支えるケアの確立～

認知症高齢者の特性

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

生活そのものを ケアとして組み立てる

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

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

《連・制12》

認知症高齢者ケアの基本 ～ サービスのあり方～

望ましい条件

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

普遍化に向けた展開

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

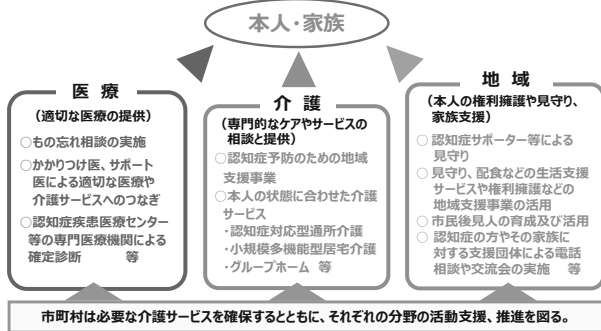
終末期を視野に入れた生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

《連・制13》

認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

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



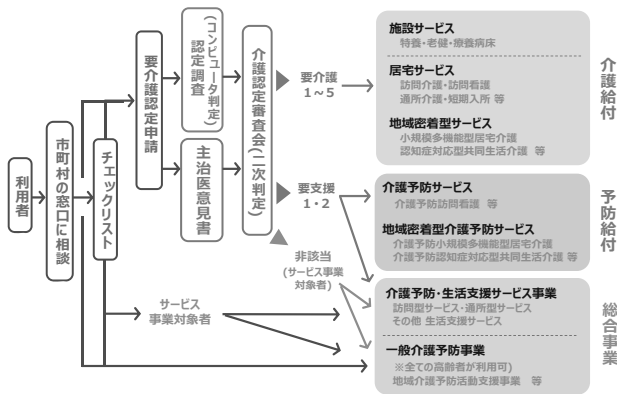
《連・制14》

地域の相談窓口

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

《連携15》

介護サービスの利用の手続き（再掲）



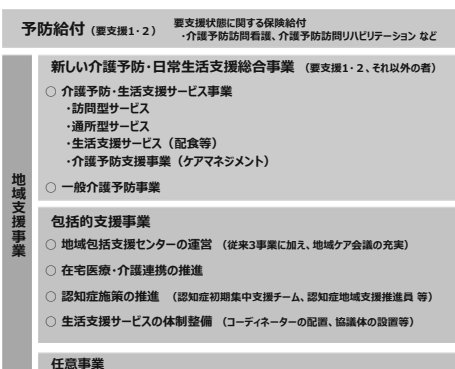
《連携16》

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
看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問看護）
小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護（H28.4～）
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など
- 施設サービス
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設（～H30.3末）

《連・制17》

予防給付と地域支援事業



《連・制18》

地域密着型サービス

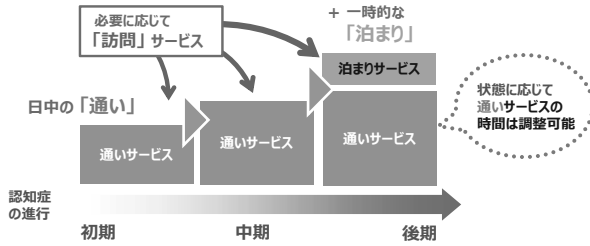
1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
 2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
 3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
 4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 夜間対応型訪問介護
 - 地域密着型通所介護（H28.4～）
 - 認知症対応型通所介護
 - 小規模多機能型居宅介護
 - 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
 - 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
 - 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
 - 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問）

《連・制19》

小規模多機能型居宅介護

通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や泊まりを組み合わせるサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援

サービス機能 通い・訪問・泊まりのイメージ



《連・制20》

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

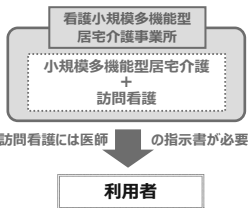
- 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携
- 短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う



《連・制21》

看護小規模多機能型居宅介護

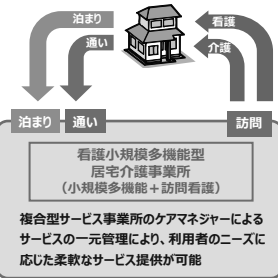
- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせるサービスを提供するサービスを創設 (平成24年度～、まずは小規模多機能型居宅介護と訪問看護)
- 利用者は、医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できるようになる



※訪問看護には医師の指示書が必要

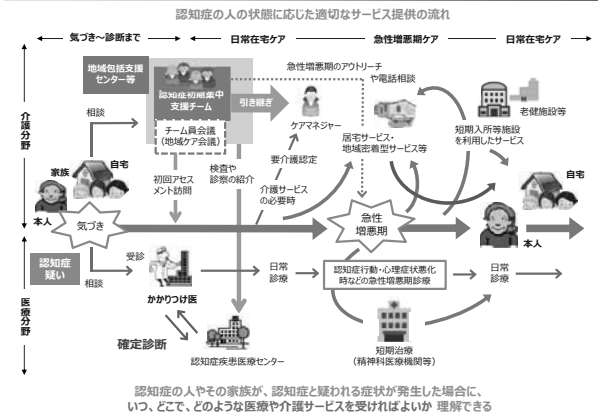
小規模多機能型居宅介護・訪問看護を一体的に提供できることから、医療依存度の高い在宅の要介護者への支援が可能。

<イメージ図>



《連・制22》

認知症ケアパス

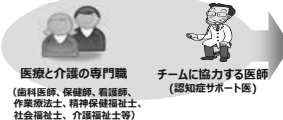


《連・制23》

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



● 設置場所 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

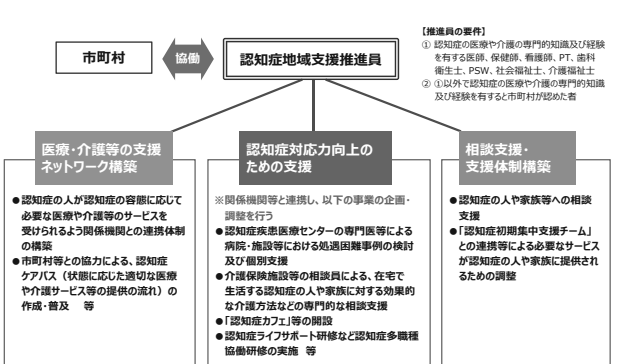
【対象者】

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

《連・制24》

認知症地域支援推進員



《連・制25》

若年性認知症の現状

- 全国における若年性認知症者数は 3.78万人 と推計
- 18～64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、以下の順であった。

血管性認知症	39.8%	アルツハイマー病	25.4%
頭部外傷後遺症	7.7%	前頭側頭葉変性症	3.7%
アルコール性認知症	3.5%	レビー小体型認知症	3.0%

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い (H24 : 39.1%)
 - ※認知症高齢者からの相談では男性は 9.1%
- 本人からの相談が多い (H24 : 40.0%)
 - ※認知症高齢者から相談では本人からは 0.9%
- 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※高齢者の電話相談における割合は：「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

《連・制26》

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
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会（各都道府県支部等）

《連・制27》

認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきとの提言

道路交通法一部改正（平成25年6月14日公布）
「一定の病気等」に罹っているドライバー対策

- 病状の虚偽申告で罰則
- 一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度
- 免許再取得時の試験一部免除
- 交通事故情報データベースの一部拡充

《連・制28》

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	● 特定事項 ^{※1} の一部についての同意権 ^{※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
制度利用の場合の資格等の制限		医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	—

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（第131）

※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 第131に挙げられる、要開示の行為に限定されない

[法務省ホームページより]

《連・制29》

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、支払い代行、苦情手続代行
- 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）

《連・制30》

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67.1%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69.9%であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 66.9%が最も多く、以下 心理的虐待 42.1%、介護等の放棄22.1%、経済的虐待 20.9% の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加え、相談・介護支援を中心とした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域の重層的な仕組みが必要

厚生労働省：「平成26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

認知症サポーター

[目的]

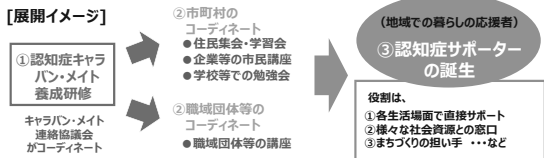
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[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、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]



認知症支援を通じた地域作りに向けて

- 認知症は脳の疾患によって起こる（誤解の払拭）
- 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、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

歯科医師「認知症対応力向上研修DVD」確定台本

DVD: 1	受付にて	「保険証返してよ！」	(PART1+PART2)
DVD: 2	診察室にて①	「帰りたいんですけど…」	(PART1+PART2)
DVD: 3	診察室にて②	「バカにしないで…」	(PART1+PART2)

全編 11分34秒

<登場人物>

患者:	山田すみ (78歳) 女性	たくみさよ
歯科医師:	西山 順 (48歳) 男性	松本 勝
歯科衛生士①:	加藤由美子 (28歳) 女性	毛利 美帆
歯科衛生士②:	伊藤美樹 (24歳) 女性	榎 夏音

<ナレーター>

伊藤敬子

<企画>

合同会社 HAM 人・社会研究所

放映時間計：11分34秒

DVD1：保健証返してよ！	PART1	1分58秒
	PART2	2分32秒
DVD2：帰りたいんですけど…	PART1	1分50秒
	PART2	1分40秒
DVD3：バカにしないで…	PART1	2分39秒
	PART2	0分55秒

認知症をもっと知ろう！

～歯科医師認知症対応力向上研修～

◎DVD:1 受付にて「保険証返してよ！」 PART1	
テロップ	ナレーション/音声
保険証返してよ PART-1 患者 山田すみ (78歳)	NA いつものように治療を終えた山田すみさんが 会計を待っていました。
歯科衛生士 加藤由美子	歯科衛生士 (DH) 加藤由美子 「山田さ～ん お待たせしました」 山田 「はい」 加藤DH 「山田さん、お疲れさまでした 次の予約はどうしましょう？」 山田 「来週の水曜日 同じ時間がいいわ」 加藤DH 「来週 水曜日…あ、大丈夫ですね。はい」 加藤DH 「では、来週水曜日 11時に お待ちしております。はい診察券です 来週 水曜日 11時です」

	山田 「あの～、保険証、 まだ返してもらってないんですけど…」 加藤DH 「えっ… 治療前にお返ししましたけど～」 山田 「うそよ、もらってないわ。 もらってないわよ。ちゃんと探してくれる？」 加藤DH 「治療前に、確かにお返ししましたけど」 山田 「いいえ、もらってないわよ。 今日診察券を出すときに、一緒にここで 出したじゃないの」 加藤DH 「はい、それで、そのときその時点で 保険証はお返ししましたけど」 山田 「いいえ、いただいてません！ いいから探してくれる？」 加藤DH 「そんなこと言われなくても」 歯科医師 「山田さん、どうされました？」 加藤DH 「先生 保険証が…」
山田さんは保険証を 受け取っている…	
歯科医師 西山 順 このあと、歯科医師の 対応は…	NA さて、このあと歯科医師は どう対応したら良いでしょうか？

◎DVD:1 受付にて『保険証返してよ!』 PART2	
テロップ	ナレーション/音声
保険証返してよ PART-2	NA 受付で、保険証を返してもらっていないと言い張る 山田すみさん。
保険証を返してもらって ない!	本当は、治療前にちゃんと受け取っていたのですが… それを聞いて、やってきた歯科医師は?
実は、治療前に 受け取って いた…	
	<p>歯科医師 「保険証? そりゃ大変だ! 保険証が無くなっちゃった! カルテに紛れているかもしれないから 山田さん、ごめんなさいね。大事な物ですもんね。 山田さん、すぐに見ますから、その席に座って 待っててくださいね」</p> <p>山田 「そうよー。大事なもののよ。 探してくださいの?」</p> <p>歯科医師「はい」 山田「じゃ えへへ」 歯科医師 「山田さん、これ探すのに時間がかかっちゃうなあ… 見つかったら後で必ずお電話しますから、 今日はお引き取り願えますか? もう時間もおそくなっちゃってるし」</p>

	山田「そうね。大事なものですから、お願いしますよ」
	歯科医師「はい」
	加藤DH「すいません、それじゃ 後ほどあったら ご連絡します」
	山田「それじゃ…」
	NA 山田さんは、治療前に保険証を返してもらっているのを すっかり忘れてしまったようですね～
	歯科医師「山田さん 気をつけて」
	山田「はい」
	加藤DH「どうぞ御大事なさってください」
※誰もいなくなった受付で…	加藤DH 「先生、わたし保険証確かにお渡しましたよ」
※ スタッフの気持ちを受 け止める事も重要	歯科医師「分かってるよ。悪かったね。 多分、山田さん家に戻ったら、 すぐに見つかるでしょ。以前にも、 保険証はカバンの中に…
	こんながあったよね」

予約していないのに 突然来て…	<p>加藤DH「そう! 予約してないのに、 予約したって…突然来られて… あの時は先生に診てもらえたからよかったけど」</p> <p>歯科医師「そうだったね、あんなに元気だった 山田さんも、もう年なのかなあ…」</p> <p>加藤DH 「認知…症…とかですかね?…そうですよね ありえますよね」</p> <p>歯科医師 「今後は、もっと注意が必要だな。」</p> <p>加藤DH 「そうですね」</p> <p>歯科医師 「また何かあったら注意して見ておいて」</p> <p>加藤DH「…はい!」</p>
	NA 患者さんの何気ない日常の様子から 認知症の兆候が見つかる場合も多いんですね

◎DVD:2 診察室にて①『帰りたいんですけど…』 PART1	
テロップ	ナレーション/音声
帰りたいんですけど… PART-1	NA 先日、かかりつけ医から認知症との診断を受けたばかりの 山田すみさん。
	NA 今日は、いつもの歯科診療室のチェアに座り、 治療を待っています。
	NA ところが…今日は、どんな治療をされるのか どうやら山田さんは、忘れてしまったようです!
	<p>山田: 心の声 (今日は ワタシ 何しに来たんだけ… 何だっけ…困ったな…)</p>
	NA 不安な気持ちで待っていると、そこへ…
	<p>歯科医師「お待たせしました! 山田さん 今日の前回の治療の続きを 行いますね」</p>

	<p>山田「あ、はい…そ、そうですか…」</p> <p>山田：心の声：(前回の治療…って…何？ ワタシ何されるんだろう…)</p> <p>歯科医師「どうしました？ 今回の治療は 前回と同じで、痛みはありませんよ」</p> <p>山田「ああ、ああ、そうね そうね」</p> <p>山田：心の声 (だから前回の治療ってなによ？ アタシ 何も聞いてない…こんなこと 頼んでないのに…)</p> <p>山田「あの、アタシ 忙しいの 帰るわ」</p> <p>歯科医師「えっ！」</p> <p>歯科医師：心の声 (そうかあ！山田さん認知症だったな。 申し訳なかったなあ…… きっと前回の治療のことも忘れてしまってるんだな)</p>
このあと、 歯科医師の対応は…	<p>NA</p> <p>さて突然、家に帰ると言い出した山田さん。 このあと、歯科医師はどう対応したら良いでしょう？</p>

◎DVD: 2 診察室にて① 『帰りたいんですけど…』 PART2	
テロップ	ナレーション/音声
<p>帰りたいんですけど… PART-2</p> <p>どんな治療を受けるのかを 忘れた…</p> <p>前回の治療を忘れてる事に 気づいて…</p>	<p>NA</p> <p>どんな治療を受けるのか忘れてしまった認知症の 山田すみさん。いつもと違う環境に不安が募り、 歯科医師に突然、家に帰ると言い出しました。</p> <p>前回の治療のことを忘れてしまっていることに気付いた 歯科医師の対応とは？</p>
	<p>山田 「ですから、やっぱり、今日はいいです… 帰ります」</p> <p>歯科医師「山田さん 心配しないでください。 これが今作ってる途中の山田さんの 入れ歯です。前回は、この噛み合わせの部分、 確認したんです。」</p> <p>歯科医師 「今日はこの入れ歯を噛んでみて、少しだけ 確認させてもらおうと思うんだけど。 ホントに簡単ですよ」</p> <p>山田 「ああ、そうでしたよね。最初から そう言ってくれば分かるのに」</p>

	<p>歯科医師 「本当に痛みとかもないですし 時間もそんなにかからないですから」</p> <p>山田 「そうですか。じゃ、やります、お願いします」</p> <p>歯科医師 「はい！ワタシも山田さんが美味しく 御飯を食べれるように、 いい歯を作りますからね」</p> <p>山田 「先生 御願いますよウフフ (笑)」</p>
	<p>NA</p> <p>あんなに不安だった山田さん。 歯科医師のちょっとした対応で、リラックスして 治療にのぞめたようです</p>

◎DVD: 3 診察室にて② 『バカにしないで…』 PART1	
画 面	ナレーション/音声
<p>診察室にて バカにしないで…</p>	<p>NA</p> <p>認知症の診断を受けている山田さんが、 今日のはかりつけ歯科の診療室で、治療を待っています。</p> <p>NA</p> <p>すると患者さんのいなくなった受付から スタッフたちの雑談が聞こえて来ました。</p>
	<p>「昨日のドラマ あのラスト見た？」</p> <p>「見た！見ました！なんかラスト…典型的な 青春ドラマって感じてましたよね」</p> <p>「ラストシーンって <u>古すぎって</u>いうか <u>クサすぎませんか？</u>」</p> <p>「そうそう！アタシもそう思った <u>古すぎでクサイ</u> <u>クサイし、ダサイ、アハハハハ…</u>」</p> <p>山田：心の声 (皆で、なんか笑ってる…あたしの事？)</p>
	<p>歯科医「山田さん、どうもお待たせしました！ 今日は先週の続きで、この入れ歯、もう少し 直していきますからね では、少し削りますので少々お待ち下さい」</p>

<p>歯科衛生士 伊藤美樹</p>	<p>伊藤OH 「山田さん こんにちは 調子どうですかー？」</p> <p>山田「ああ、どうも…」</p> <p>心の声（なによ、さっきアタシのことバカにして 笑ってたでしょう！）</p> <p>伊藤OH「それじゃあ、失礼します」</p> <p>NA 治療を受けている間も山田さんには いろいろな音に混じって、 スタッフや他の患者さんたちの声が、 自分のことをバカにしているように聞こえて 仕方ありません。</p> <p>山田：心の声（やっぱりアタシのこと噂してるんだワ） （みんなで 笑ってる…） （もう許せない…）</p> <p>山田 「もう、ひどいわ！」</p>
	<p>歯科医師「山田さん どうされました？」</p> <p>山田 「さっきからバカにして！ もう こんなとこ 二度と来ませんからね！！」</p> <p>歯科医師「ちょっと待ってください、 山田さん 何か気に障るようなことしましたか？」</p>

	<p>NA 歯科医師にしてみれば、診療室で山田すみさんが 突然怒ってしまった訳が、全くわかりません。 さて皆さんは、どのように考えますか？</p>
<p>◎DVD: 3 診察室にて② 『バカにしないで…』 PART2</p>	
<p>何故 怒ってしまったので しょう</p> <p>いくつもの要因が…</p> <p>認知症によるBPSD (行動・心理症状)は スタッフのささいな言動で も起こりえます。</p> <p>スタッフ全員が認知症の人 と接するときの対応をし っかりと身につけましょ</p>	<p>NA 山田すみさんは何故怒ってしまったのでしょうか</p> <p>NA そこにはいくつもの要因が積み重なって いたようです</p> <p>認知症によるBPSDはスタッフのささいな言動でも起こりえ ます。</p> <p>スタッフ全員が認知症の人と接するときの対応力を しっかりと身につけましょ！</p>
<p>協力 公益社団法人 日本歯科医師会 撮影協力 一般社団法人 埼玉県歯科医師会</p>	
<p>平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への 認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業 ～歯科医師分科会編～</p>	

2 薬剤師認知症対応力向上研修（新規）

薬剤師認知症対応力向上研修の教材についても、計 3 回の分科会での検討の中で、(1)カリキュラムの検討、(2)具体的なスライドおよび解説の作成、(3)DVD 教材の作成 を行った。

(1) カリキュラムの検討

- 全体を 3 部構成(180 分)とし、うち、①「認知症の基礎的知識(第 1 編)」と③「連携と制度・施策(第 3 編)」は、かかりつけ医認知症対応力向上研修のスライド・解説を活用、②その中間に **薬剤師特有の対応力に関する内容(第 2 編)**を、概ね 60 分ずつの枠で配置する構成とした（全体構成およびスライドタイトルは 36 ページ以降を参照）。
- 第 2 編「対応」は、今回の研修で着目する薬剤師・薬局での認知症の人への対応を大きく「薬学的管理」と、「気づき・連携」に分けて構成した。前半の①薬学的管理では、認知症治療薬に関する詳細な知識、保険薬局での具体的な対応、本人・家族への対応について、後半の②気づき・連携では、早期発見・早期対応のための気づきと連携の意義や、事例を通じての具体的な連携について、整理した。
- また、DVD 教材の作成は、研修で習得してほしい内容を、最初にイメージしてもらおう(第 1 編冒頭での視聴を想定)ことを目的に、研修の中心テーマである「気づきと連携」に特化した内容で制作した。

(2) 具体的なスライド作成および解説執筆

- スライド作成および解説執筆は、**第 2 編「対応編（①薬学的管理／②気づき・連携）」**を中心に、分科会での方向確認、委員による次回分科会までの持ち帰り作業、分科会でのレビュー、を繰り返しながら作成した（全編のスライドは 39 ページ以降を参照）。
- なお、第 2 編以外にも、かかりつけ医認知症対応力向上研修の素材を利用する第 1 編、第 3 編でも、薬剤師の視点からスライドの追加・加筆を行い、認知症の基礎的知識や連携・制度についても薬剤師の業務・役割との関連性を意識した内容にアレンジを行った。
- なお、Ⅲで後述する伝達講習会（H28.2.27）では、ほぼ完成形のスライドを使用する関係から、同講習会日程をマイルストーンとして、スライドの確定、委員分担による解説文章の執筆を行った。

(3) DVD 教材の作成

- 前述の通り、第 1 編冒頭での視聴を想定して、研修全体の趣旨や修了者のイメージを最初に伝える点を重視して、約 10 分を通して視聴して頂く構成とした。
- おおよそのシナリオを事務局から提案した上で、内容を分科会委員を中心に検討・修正頂き、事務局映像制作班による具体的な撮影台本、キャスティングなどを経て、分科会委員の薬局（薬局オーブファーマシー）および、日本薬剤師会のご協力の下で、撮影を行った（DVD 教材の台本は 54 ページ以降を参照）。

薬剤師 認知症対応力向上研修 構成案（スライドタイトル一覧）

編構成の趣旨と流れ（中項目の整理）		スライド一覧（案）
	研修導入の趣旨、研修の目的、3部構成の説明	研修全体の目的・意義
	基本編のねらいと到達目標を提示	基本編（ねらいと到達目標）
基1	● 現状と施策の方向性を確認 ※国の施策の方向性や研修の位置付けを理解	認知症の人の将来推計について
基2		新オレンジブランの概要
DVD	● 研修の目的、修了者に求められる役割・機能の提示 ①DVDで、求められる薬剤師像のイメージアップ ②総論的に、薬局・薬剤師が求められる役割、認知症の人への対応のあり方、その効果などを説明	薬剤師の役割（DVD）
基3		薬局・薬剤師の役割
基4		かかりつけ薬局・薬剤師として
基5		認知症の人とかかりつけ薬局・薬剤師
基6		かかりつけ薬局・薬剤師が関わることの効果
基7		認知症の診断基準（DSM）
基8	● 認知症の総論的な説明 ①診断基準の紹介 ②典型4病型の特徴、注意点、典型症例を平易に整理 ③症状の外観（中核・BPSD） ④MCI ※従来の2枚を1枚に整理	アルツハイマー型認知症とは（特徴）
基9		AD症例
基10		レビー小体型認知症とは（特徴、診断基準、症例）
基11		DLB症例
基12		前頭側頭型認知症とは（特徴、診断基準、症例）
基13		FTD症例
基14		血管性認知症とは（特徴、診断基準、症例）
基15		認知症の中核症状と行動・心理症状
基16		軽度認知障害とは
基17		● 気づきのための観察の基礎知識
基18	● 重症度のイメージ作り（FASTの説明ではなく、イメージ提示）	FASTによる重症度のアセスメント
基19	● 年のせい、他の病気との違いから、認知症の特徴を把握	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ
基20		うつ病とアルツハイマー型認知症の違い
基21		せん妄と認知症の違い

対応編の趣旨と流れ（中項目の整理）		スライド一覧（案）
	対応編(第1部) 服薬管理のねらいと到達目標を提示	対応編：①服薬管理（ねらいと到達目標）
対1	●認知症治療薬の基本的な知識（おさらい的）	認知症に使われる薬（効能・効果・副作用・作用機序）
対2		認知症治療薬の効果
対3		認知症治療薬の使用上の注意点
対4	●BPSDという特徴に対する医薬品使用の原則を押さえる	BPSDに対する医薬品使用①
対5		BPSDに対する医薬品使用②
対6		BPSDに対する薬物療法ガイドライン
対7	●非薬物療法の紹介（対立軸でも、推薦でもなく）	薬物以外の療法とケア
対8	●薬剤とBPSD誘因について説明	薬剤性のイベントを起こす可能性のある薬
対9	●薬学的管理での保険薬局の具体的な動き・注意点を整理 ①窓口対応（初投薬時、継続服用中に分けて） ②継続管理中の具体的な動き（管理の注意点） ③継続管理中の視点（認知症に対応する観点から）	薬局窓口での対応
対10		認知症の人の服薬を支える視点
対11		服薬の継続管理におけるポイント
対12	●認知症の人・家族への対応・支援 ①コミュニケーションの基本・考え方 ②具体的な接し方 ③本人への支援（+長期的・多角的な視野で） ④家族への支援（+長期的・多角的な視野で）	認知症の人への対応、コミュニケーション
対13		認知症の人・家族に接する際の視点
対14		認知症の人への支援
対15		家族への支援
	対応編(第2部) 気づき・連携のねらいと到達目標を提示	対応編：②気づき・連携（ねらいと到達目標）
対16	●早期発見・早期対応という新オレンジプランの全体の方向性を確認 ※最も早い、家族の気づきを紹介	早期発見・早期対応の意義
対17		家族が認知症を疑うきっかけとなった変化
対18	●多職種連携の中の薬剤師の機能 ①気づきから連携までの薬剤師としての情報の流れを整理 ②多職種連携をすることによる薬剤師のメリットを提示 ③カンファレンス等で薬剤師に求められる役割・機能	「気づき」から「つなげる」ための情報収集
対19		多職種連携の意義
対20		かかりつけ薬局による医薬品の一元的管理
対21		カンファレンス等での薬局薬剤師の役割
対22	●事例を通じた連携の実例 （気づきから地域包括等）	徴候からの気づき【かかりつけ医、地域包括等への連携】
対23		事例1-① かかりつけ医との連携
対24		事例1-② 地域の仕組みの例
対25	事例1-③ 要介護認定の有無で考える	
対26	●事例を通じた連携の実例 （服薬状況からの気づき）	服薬状況からの気づき【処方医との連携】
対27		事例2-①
対28	事例2-②	
対29	●事例を通じた連携の実例 （モニタリングからのフィードバック）	処方検討・医師へのフィードバック等【処方医との連携】
対30		事例3-①
対31		事例3-②
対32	事例3-③	
対33	●対応編②のまとめ	かかりつけ薬剤師・薬局に求められる認知症の対応(まとめ)

	制度編のねらいと到達目標を提示	制度編（ねらいと到達目標）
制1	●今日の介護施策の基本を提示	地域包括ケアシステム
制2		介護サービスの利用の手続き
制3		認知症高齢者の日常生活自立度
制4	●多職種連携の相手方を理解する ①ケアマネジャー ②訪問看護 ③福祉職（社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士） ④サポート医、専門医	ケアマネジャーとの連携
制5		ケアマネジャーが薬剤師に望むこと
制6		訪問看護(師)とは
制7		社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士の役割
制8		認知症サポート医とは
制9		医師が薬剤師に望むこと
制10	●多職種連携を支える地域の機関と仕組みを理解する ①地域包括支援センターの基本機能（連携は対応編にある） ②地域ケア会議の概要（そういうものがある） ③地域の相談窓口（研修実施地域の情報で補足してもらう）	地域包括支援センター
制11		地域ケア会議
制12		相談窓口
制13	●認知症ケアの代表的な考え方 ①パーソンセンタードケアの紹介 ②それを踏まえた支援体制（厚労省の考え方）	認知症ケアの基本 ～尊厳を支えるケアの確立～
制14		認知症ケアの基本 ～サービスのあり方～
制15		認知症の人への支援体制
制16	●認知症に関連する制度・仕組みの紹介 ①介護保険制度 ②最近変わった地域支援事業 ③新オレンジプランの各施策（ケアパス、初期集中、推進員） ④若年認知症	介護給付（介護保険サービス）
制17		地域密着型サービス
制18		予防給付と地域支援事業
制19		認知症ケアパス
制20		認知症初期集中支援チーム
制21		認知症地域支援推進員
制22		若年認知症の特徴と現状
制23		認知症の人と運転
制24	●認知症に関する関連情報（法律を伴うもの） ①自動車運転関連 ②成年後見制度 ③自立支援事業 ④虐待	成年後見制度の仕組み
制25		日常生活自立支援事業
制26		高齢者虐待の現状と薬局・薬剤師の役割
制27		認知症サポーター
制28	●地域啓発運動の現状	認知症支援を通じた地域作りに向けて
制29	●研修のまとめ(総まとめ・振り返り)	まとめ

薬剤師 認知症対応力向上研修

- 1 基本編
- 2 対応編 ①薬学的管理
②気づき・連携
- 3 制度編

平成27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）
 歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
 薬剤師分科会 編

薬剤師認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

- 認知症の病態、治療・ケア、制度に関する基本的な知識を習得する
- 認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医や関係機関等と連携して対応できる力を習得する
- 認知症の人の状況に応じた薬学的管理、服薬指導を適切に行い、認知症の人と家族の生活を支える方法を習得する

基本編

ねらい：認知症の人を知り、薬剤師の役割を理解する

到達目標：

- 薬剤師の役割について理解できる
- 認知症施策(新オレンジプラン)を理解できる
- 認知症の概要を理解できる

【基1】

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 (15.0%)	517万人 (15.7%)	675万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 (16.0%)	730万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380万人 (13.0%)		

【日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究】
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

【基2】

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向け～

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7
の
柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

【DVD】

薬剤師の役割

[基3]

薬局・薬剤師の役割

- 認知症の疑いに気づくことができる
- 認知症の疑いに気づいたとき、速やかにかかりつけ医と連携して、適切に対応できる体制をつくる
- 地域包括支援センター等の関係機関や他職種と連携して認知症の人と家族を支える
- 認知機能の低下がもたらす服薬行動への影響に配慮し、きめ細かな薬学的管理や服薬指導を行い、薬物治療が適切に行われる環境を整え、支援する

[基4]

かかりつけ薬剤師・薬局として

かかりつけ薬剤師

患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師

かかりつけ薬局

地域に必要な医薬品等の供給体制を確保し、その施設に従事する「かかりつけ薬剤師」が、患者の使用する医薬品の一元的かつ継続的な薬学管理指導を行っている薬局

出典：日本薬剤師会 平成27年9月

[基5]

認知症の人とかかりつけ薬剤師・薬局

多職種連携、地域包括ケアシステムの中で



常に寄り添って

- 高齢者等の健康づくり、健康意識向上のサポート
- 認知症に関する普及・啓発
- 服薬指導、地域の中での認知症の徴候のある方に対する「気づき」
- かかりつけ医等との連携により早期診断・早期対応への「つなぎ」
- 身近な専門家として相談に対応（行政サービス等の情報提供）
- 在宅医療を含め適切な薬物療法（薬学的管理）を実施（状態に応じた服薬指導等）
- 必要な医療材料・衛生材料・介護用品等の提供

出典：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン） 参考資料3より抜粋

[基6]

かかりつけ薬剤師・薬局が関わることの効果

- 地域住民・患者及び家族と顔の見える関係、継続的な関係を築けているからこそ、患者の様子の変化や服薬状況の変化等から認知症の疑いに気づくことができる
- 日ごろから地域の医療機関、関係機関と連携して業務を行っているからこそ、認知症の疑いがある人をスムーズに早期対応につなげることができる
- 継続的な薬学的管理を行っているからこそ、認知症の人の薬物治療においても最適な環境を整え継続的に支援することができる
- 認知症を理解し、他職種との連携のもと、認知症の人の生活や治療を支えていくことができる

[基7]

認知症の診断基準（DSM-5）

- 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。
- 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。
- 認知機能の低下はせん妄のときのみには現れるものではない。
- 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

[基8]

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の半分以上を占める
- 病理学的には、アミロイドの蓄積 ⇒ 老人斑を形成 ⇒ タウの細胞内への蓄積 ⇒ 神経原線維変化
- 最初に起こる症状は 記憶障害 である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れが目立つから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- 忘れていたことについて「取り繕い」をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと（物盗られ妄想）が見られることがある。

[基9]

アルツハイマー型認知症の症例 (68歳・女性)

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもの
のしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところへ何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えて
いない。

買い物へはいくが、同じものを大量に買ってきてしまい 冷蔵庫内で腐らせて
しまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか? の問いに対し、“えーっと何月
でしたっけ”と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見て
こなかったから と言い訳する。

[基10]

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に
精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な
症状がでることが特徴。

認知機能症状 初期には記憶障害よりも、遂行障害や
問題解決能力の低下、構成障害や
視空間認知障害、注意の障害がめだつ

精神症状 リアルで具体的な幻視や妄想

パーキンソン症状 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる

自律神経症状 たちくらみ、排尿障害、失神

- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、
症状の変動が大きく現れる。(数分から日の単位まで多様)

[基11]

レビー小体型認知症の症例

主訴: 意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにも
かかわらずカメラが使えない。竟まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

[基12]

前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、
タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、人格や行動の変化がみられる
(自らを抑えることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。
時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲が
なく、何もしなくなる 等)
⇒行動変容型前頭側頭型認知症
- 側頭葉が障害されると、言葉の障害が初期から目立ってくる
◎言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒進行性非流暢性失語
◎言葉の意味が失われる(「電車って何ですか」など)
⇒意味性認知症

[基13]

前頭側頭型認知症 (62歳・女性)

主訴: 異常行動

家族歴: 姉が認知症

現病歴: 平成X年4月頃から 不眠、7月頃から無口になった。本来は
社会的でおしゃやれな性格だったが、家族とも口をきかなくなった。

平成X+2年6月頃から 異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわか
らない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。
夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

[基14]

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)
して起こる
- 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを
治療し、規則正しい生活をすることで、発症や進行の
予防が可能

[特徴]

- ◎症状が突然現れたり、段階的に悪化・変動したりする。
- ◎認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、
歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロール
ができないなどの随伴症状が早期から見られる。

[基15]

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



[基16]

軽度認知障害とは

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

出典：Petersen RC et al. Arch Neurol 2001

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないか」という **不安** に応え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」という **誤解** に対応していくこと

[基17]

観察のポイント (アセスメント)

記憶障害

最近の記憶 食事の内容／受診の交通手段、目的／家族との外出など
昔の記憶 生年月日／出生地／学校時代の話など

見当識障害

- ・今日の年月日、曜日、午前・午後
- ・自宅の住所
- ・今いる場所の認識
- ・家族の認識

判断・実行機能障害

- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか
- ・(本人への質問) 火事に会ったらどうするか

[基18]

FAST による重症度のアセスメント (アルツハイマー型認知症)

1 正常	
2 年相応	物の置き忘れなど
3 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6 やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7 高度のアルツハイマー型認知症	最大約 6 語に限定された言語機能の低下。理解しうる言葉はただ 1 つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

出典：Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

[基19]

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

出典：東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999を改変

[基20]

うつ病とアルツハイマー型認知症の違い

	うつ病	アルツハイマー型認知症
発症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても生活に支障ない
答え方	否定的答え (わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

[基21]

せん妄とアルツハイマー型認知症の違い

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
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

対応編 ①薬学的管理

ねらい：医薬品の認知機能への影響や、認知症の薬物治療について理解する

到達目標：

- 薬剤性イベントが理解できる
- 認知症の薬物治療について理解できる
- BPSDおよび用いられる医薬品について理解できる
- 認知症の人への対応について理解できる

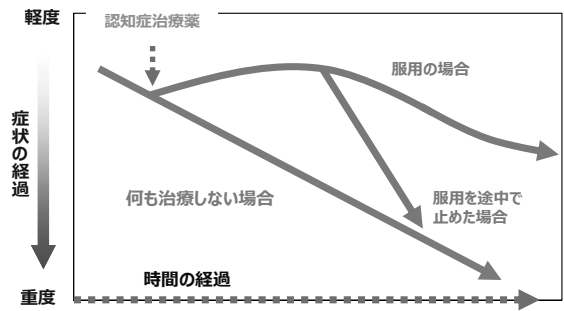
[対1]

認知症に使われる薬(効能・効果・副作用・作用機序)

薬品名	ドネペジル	ガラントミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 nAChRアロステリック モジュレーター	AChE/BuChE 阻害	NMDA受容体 拮抗
用量 (mg/日)	5～10	8～32	4.6～9.5 (パッチ剤)	20
用法 (回/日)	1	3	1	1
半減期 (時間)	70～80	5～7	2～3	55～70
代謝	肝臓 (CYP2A6、3A4)	肝臓 (CYP2D6)	非CYP	非CYP
適応	軽度AD～高度AD レビー小体	軽度AD～中等度AD	軽度AD～中等度AD	中等度AD～高度AD
副作用	食欲不振、嘔気、 嘔吐、下痢	食欲不振、 食欲減退、 悪心、嘔吐、下痢	適用部位紅斑、 適用部位そう痒感、 適用部位浮腫、 適用部位皮膚剥脱、 接触性皮炎、 嘔吐、悪心、食欲不振	浮動性めまい、 便秘、体重減少、 頭痛、傾眠

[対2]

認知症治療薬の効果



[対3]

認知症治療薬の使用上の注意点

コリンエステラーゼ阻害薬	メマンチン
<ul style="list-style-type: none"> ● アルツハイマー型認知症に使用 ● 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 ● 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往 ● 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合 ● 消化器症状出現時は減量・中止を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ● てんかんまたは痙攣の既往歴がある人は慎重に経過観察 ● 腎機能障害がある患者 ● 尿PHを上昇する因子を有する患者 ● 高度な肝機能障害のある患者 ● チトクロームP450による代謝を受けにくいため薬物相互作用が少ない ● 投与開始初期においてめまい、傾眠が認められることがあるので、患者の状態を注意深く観察

認知症治療薬服用後に「薬の副作用」とともに「症状が変化し歩き回ったり等」の症状が出て本人家族が戸惑う場合には、服用継続について話し合う必要がある

[対4]

BPSDに対する医薬品使用①

- BPSDの発現には、身体的及び環境要因が関与することもあり、対応の第一選択は非薬物的介入が原則。
- BPSDの治療では、抗精神病薬の使用は適応外使用、基本的には使用しないという姿勢が必要

● 右記の条件を満たし、薬物療法を検討する場合には、必要に応じ認知症疾患医療センター等の専門的な医療機関と連携をとる

● 検討の対象となるBPSDについては右記の点を事前に確認、
● 開始後は、次スライドのチェックポイントに従い、モニタリングする

- 身体的原因がない
- 他の薬物の作用と関係がない
- 環境要因により生じたものではない
- 非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではない

- その症状/行動を薬物で治療することは妥当か、それはなぜか
- その症状/行動は薬物療法による効果を期待できるか
- その症状/行動にはどの種類の薬物が最も適しているか
- 予測される副作用はなにか
- 治療はどのくらいの期間続けるべきか
- 薬学的管理は誰がどのように行うのか

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班作成 [2013.7.16公表]

[対5]

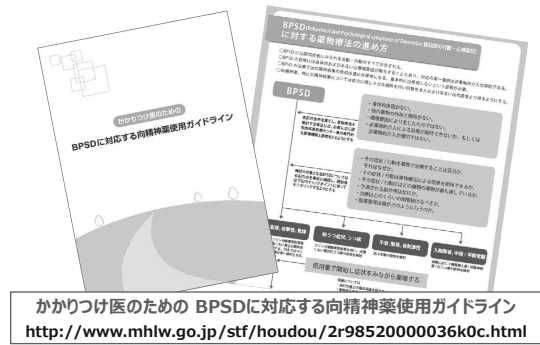
BPSDに対する医薬品使用②

モニタリングのチェックポイント	検討内容
幻覚、妄想、攻撃性、焦燥	メマンチン、コリン分解酵素阻害薬を使用し、改善しない場合抗精神病薬の使用を検討する。DLB（レビー小体型認知症）ではコリン分解酵素阻害薬が第一選択となる。
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	抗不安薬の使用を検討
入眠障害、中途/早朝覚醒	病態に応じて睡眠導入薬/抗精神病薬/抗うつ薬の使用を検討

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班作成 [2013.7.16公表]

[対6]

BPSDに対する薬物療法のガイドライン



[対7]

薬物以外の療法とケア

認知症では、薬による治療だけに頼るのではなく、患者の症状にあわせてケアをしていくことがとても大切で、投薬治療よりも重要である。非薬物療法には、大きく「リハビリテーション」と「心理療法」の二つがある。

- リハビリテーションは、食事、排泄、入浴、着替えなどの日常生活を行うために身体的・精神的機能を高める目的で、本人の状態にあわせて個別に行われることが多い。
- 心理療法では、認知機能や精神・行動症状、感情といった生活する上での「質の向上」を目的としている。

心理療法の中に音楽療法、回想法、リアリティ・オリエンテーション、アートセラピー、アロマセラピー、フレインフード等が試されている。エビデンスが薄く、今後のデータ収集により有効治療かどうか判断される。

[対8]

薬剤性のイベントを起こす可能性のある薬

薬によって認知機能低下が引き起こされることは多くみられる。薬剤誘発性の認知機能低下（薬剤性せん妄）の原因となり得るので、これらの薬剤の投与後には、注意して経過を観察する必要がある。

	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬 催眠薬・睡眠薬 抗うつ薬	抗パーキンソン病薬
	抗てんかん薬
	循環器病薬（降圧薬、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス）
	鎮痛薬（オピオイド、NSAID s）
	副腎皮質ステロイド
	抗菌薬、抗ウイルス薬
	抗腫瘍薬
	泌尿器病薬（過活動膀胱治療薬）
	消化器病薬（H2受容体拮抗薬、抗コリン薬）
	抗ぜんそく薬
抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬）	

出典：「認知機能低下を誘発しやすい薬剤」（「認知症疾患ガイドライン」2010 文献6）

[対9]

薬局窓口での対応

【初投薬時】初めて認知症の薬を飲む場合

- 本人が一人で来局した場合
 - ・本人に『認知症かもしれない』という自覚があることや服薬開始の理解、生活環境を聞き取り疑問点があるときは本人の了解を得て家族に連絡する。できないこと、わからないことをさりげなく手助けして押しつけず、急かさず、その人のペースを守りながら説明する
- 家族と一緒に来局した場合
 - ・本人が服薬について納得している場合は、通常の手順で説明する
 - ・本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、服薬の同意を得てから説明する

【継続服用中】

- かかりつけ薬剤師が本人の様子で気づいた場合
 - ・家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で処方医にフィードバックする

[対10]

認知症の人の服薬を支える視点

認知症の徴候(初期サイン)を見逃さない視点

⇒ 早期診断に結び付ける

治療の継続を図る視点

⇒ 認知機能障害治療薬をドロップアウトさせない

BPSD悪化の主要因として薬剤を疑う視点

⇒ 処方薬の治療効果と副作用の評価・観察から
処方医に情報提供・提案を行う

[対11]

服薬の継続管理におけるポイント

- 事前の服薬確認の環境調整
 - ⇒ 独りでの服用をなるべく避ける
 - ⇒ 家族の介護負担を常に考慮する
- 服用している薬剤の整理、副作用への留意
- 服用状況(回数など)について かかりつけ医と連携
 - ⇒ 残薬とならないように工夫する
- 他職種に薬剤師の視点を伝達
 - ⇒ 薬剤師による服薬支援の重要性等を共有する
- 地域の医療・介護資源の情報(連携先等)を保有

[対12]

認知症の人への対応・コミュニケーション

- 認知症の人への対応の心得 “3つの「ない」”
 - ・驚かせない
 - ・急がせない
 - ・自尊心を傷つけない
- コミュニケーションを高めるには
 - ・本人に寄り添い、本人の意思をくみ取るように意識する
 - ・本人だけでなく、介護家族への支援も重要

[対13]

認知症の人・ご家族と接するときのポイント

- ① 本人の尊厳を守り、余裕をもって見守るという認識で接する
- ② 本人の言うことを否定せず、自然な笑顔で接する
- ③ 本人の立場に気を遣い、簡潔に一つずつ確認しながら接する
- ④ ご家族の話を聞き共感を示し、積極的にかかわりを持つという認識で接する
- ⑤ 本人と向き合う姿勢で接し、現存機能をほめることを勧める

[対14]

認知症の人への支援

- もの忘れがあっても、充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの服薬支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への服薬説明は慎重に行う
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用を勧める
- 体調変化に早めに気づき、かかりつけ医にフィードバックをする

[対15]

家族への支援

- 専門医・かかりつけ医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、本人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 服薬状況や体調変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 服薬する薬剤については、投与前に十分に説明し、投与中断を避けるため かかりつけ医と連携をとり治療薬の投与方法、回数を減らす、在宅訪問を行うなど 介護者の負担の少ない方法をとる

対応編 ② 気づき・連携

ねらい： 認知症の疑いがある人に気づき、関係する他の職種・機関と連携して対応する重要性を理解する

到達目標：

- 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる
- 認知症の疑いに気づいた場合の連携について理解し、実践できる

[対16]

早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

[対17]

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

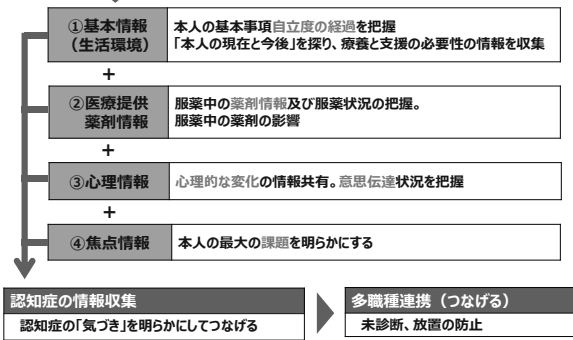
- (n:465)
- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった ... 74.6%
 - 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) ... 52.9%
 - 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった ... 46.7%
 - クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった ... 29.5%
 - 服薬がきちんとできなくなった ... 28.4%
 - ふさぎこんで、何をしても億劫がり、嫌がるようになった ... 26.5%
 - 気候に合った服を選んではいけないようになった ... 19.6%
 - 入浴しても洗髪は困難になった ... 13.5%

出典：公益社団法人 認知症の人と家族の会「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

[対18]

「気づき」から「つなげる」ための情報収集

家族や医療者・介護者の気づき



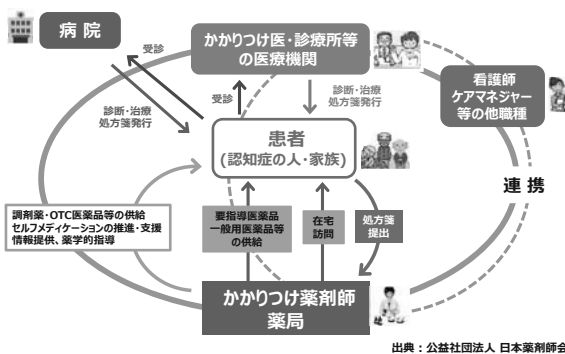
[対19]

多職種連携の意義

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報が共有できる
 - * 1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
 - * 2 本人への服薬指導で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る
- 服薬状況の確認ができる
 - * 生活習慣病の治療薬を含め、本人・家族に対する服薬確認に加え、看護師・介護職員等から服薬状況の確認ができる
- 服薬遵守の意義について共有することができる
- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用やADL・IADLに対する影響の説明ができる
- BPSDに関連する要因についての情報が得られる

[対20]

多職種連携の中でのかかりつけ薬局による医薬品の一元的管理



[対21]

カンファレンス等での薬局薬剤師の役割

薬剤師が日常業務において把握していること

- ① アドヒアランスの確認
- ② 処方内容の確認
- ③ 副作用モニタリング
- ④ 効果確認
- ⑤ 相互作用
- ⑥ 検査値
- ⑦ 生活上の注意
- ⑧ 残薬のチェック
- ⑨ 飲み忘れ時の対処方法
- ⑩ その他の服薬支援事項

カンファレンス
(サービス担当者会議、退院時カンファレンス等)

[対22]

徴候からの気づき【かかりつけ医・地域包括等への連携】

徴候に気づいてからつなぐルートは大きく分けて2つ

薬局 ▶ かかりつけ医

認知症の徴候に気づいた対象者をかかりつけ医につなぐことにより、いち早く、確実に治療を開始することができる

薬局 ▶ 地域包括支援センター

認知症スクリーニングにより、ハイリスクとされた方を地域包括支援センターにつなぐことにより、医療だけでなく、介護予防事業の利用勧奨など、支援ルートに乗せることができ、地域でのネットワーク作りにも役立つ

[対23]

事例1-① かかりつけ医との連携

薬局窓口 ⇒ かかりつけ医

薬局で服薬指導の際に、

- 前回と同じ処方なのに覚えていない
- 話の取り繕いがある
- 財布に千円札や小銭があるにもかかわらず一万円札で支払う

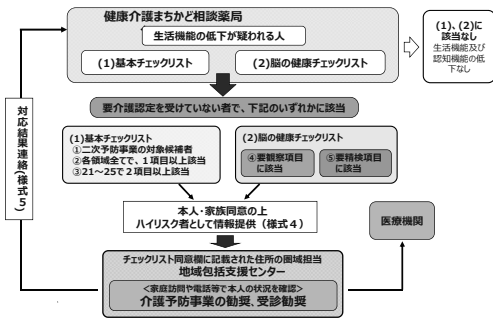
などの様子が見られたために、処方元のかかりつけ医に情報提供したところ、再診の際に認知症の診断がなされ、治療開始に結び付いた。

(参考) 薬局窓口での気づきのチェックポイント
静岡市薬剤師会認知症ネットワークチーム症例検討会
仙台市薬剤師会認知症WG薬局における認知症の気づき場面集 など

[対24]

事例1-② 地域の仕組みの例

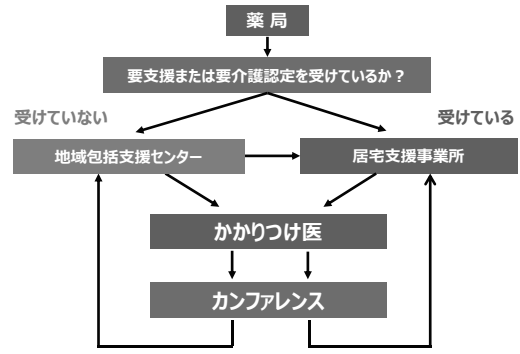
薬局窓口 ⇒ 地域包括支援センター



出典：青森県健康福祉部高齢福祉保険課 まちかどセルフチェックマニュアル

[対25]

事例1-③ 要介護認定の有無で考える



* 薬局から地域包括支援センターまたは居宅支援事業所に連絡する

[対26]

服薬状況からの気づき【処方医との連携】

● 服薬状況の確認から一包化や剤形変更を提案し服薬支援を行う

- ・ 飲み忘れや飲み間違いに対し、一包化を提案する。
- ・ 飲み込みがうまくできないときは、口腔内崩壊錠などへの剤形変更
- ・ 服薬確認が困難なときには、貼付剤への変更を提案する。

[対27]

事例2-① (80歳代 女性)

X-10年	血圧、糖尿病の治療で夫とともに主治医を受診し、2週間に1度定期的に通院。同時に薬局もかかりつけとして利用。
X-4年	夫が入退院を繰り返すようになり、薬の飲み間違いが多くなってきた。薬剤師が、医師に相談し、一包化開始となる。
X-3年	夫が亡くなり、そのあたりから薬の飲み忘れが多くなり、薬剤師が医師に相談、カレンダー調剤（一包化を1週間分のカレンダーに貼付）開始となる。
X-1年	脳梗塞を発症し、入院。退院後介護保険の申請と同時に、ケアマネジャーの提案で、カレンダー調剤の服薬確認のため、隣人に声掛け確認してもらうようになる。
X年	さらに飲み忘れが多くなり、主治医がもの忘れ外来も兼ねていたので、認知症の検査を行い、認知症と診断。同時に、アリスの処方開始。さらに薬剤師と医師が協議を行い、処方を1日1回にし、服薬支援をデイサービスで行うことにした。デイサービスの無い日曜日だけ、デイサービス職員から1日分薬を渡し、自宅で服用してもらっている。その後、DM、血圧、認知症、全て安定して落ち着いている。

[対28]

事例2-②

Rp.		Rp.	
ヘイスン	0.2mg 3T 3x 毎食前	ネシーナ錠	25mg 1T
ダオニール錠	1.25mg 1.5T 2x 朝夕食前(1-0.5)	ダオニール錠	1.25mg 1T
アーチスト錠	10mg 1T	アーチスト錠	10mg 1T
ブラビックス錠	25mg 1T 1x 朝食後	ブラビックス錠	25mg 1T
アダラートL錠	10mg 2T	アダラートCR錠	20mg 1T
メチコパール錠	250μ 2T 2x 朝夕食後	アリセプトD錠	5mg 1T 1x 朝食後
			1x 朝食後 デイサービス通所時服用

本人管理
一酸化カルダー
カレンダー (隣人管理)
服薬コンプライアンス不良に
血糖コントロール不良、脳梗塞発症

デイサービスでの管理
服薬コンプライアンス良好
血糖コントロール良好
認知症併発するもADL良好

[対29]

処方検討・医師へのフィードバック等【処方医との連携】

- 認知症の人のBPSDに対し、モニタリングのツールを用いて処方提案を行う
- DBCシートを用いて、BPSDに対して医師が処方した薬剤のモニタリングを行い、用量変更など処方設計にフィードバックを行う

[対30]

事例3-① (90歳代 女性)

病名	①老人性認知症の悪化、左大腿骨頸部骨折、寝たきり状態 ②骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折、腰痛症、変形性股関節症 ③うつ血性心不全、狭心症、胃潰瘍、両変形性膝関節症
治療経過	X年転倒により左大腿骨頸部骨折について手術を行ったものの極端にADLが低下し、ほぼ寝たきり状態になった。 また、骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折を伴う腰椎症および両変形性股関節症、両変形性膝関節症、による膝疼痛もみられ高度な下肢浮腫をきたしている心不全 (BNP352)や高カリウム血症 (K6.4) を伴う腎不全が悪化。さらに老人性認知症の悪化により、昼夜逆転、職員への暴行暴言、引っ掻き、ベッドやサイドテーブルを着や入れ歯をたたくなど不穏も大変著しい。表皮剥離も絶えない。
処方	プロプレス (4) 1T 1x アロシトール (100) 1T 1x パリエット (10) 1T 1x エビスタ (60) 1T 1x ラシックス (40) 1T 1x マーロックス3.6g 3x フェルム1c 1x アレロック (5) 1T 1x アーガメトゼリー50g 2x 酸化マグネシウム1.5g 3x ニューレプチル細粒 10% 0.02g 2x リスバダール内用液 1mg/ml 1ml 頓用 ニトロゲムTTTS

[対31]

事例3-②

平成X年 4月8日	有料老人ホーム入居 入居後、入れ歯を投げる (数回)、食事がおいしいを連発、独語、ベッドをたたく、椅子を倒す、トイレ介助拒否、ベッド上で起きる寝るを繰り返す、便失禁、夕食時離床・食事拒否、ベッドの下に座り込む、不穏、独語、お祭り投げる、そわそわ落ち着かない、食器を動かす介助拒否、不穏、介護者を着てついたり、フォークで叩く、味噌汁を投げる・その後自室へ戻り閉じこもる (臥床)、不穏・穏やかなの繰り返し、上半身パジャマを脱いでいる、感情失禁 (泣く) 失禁、手を叩く、朝「まだ起きない」と離床拒否 など20日間ほど様々なBPSDで施設職員を悩ませ、ほとんどの職員がお茶をかけられたり、腕をつねられたり、介助が大変な状況。医師に状況を報告しリスバダール処方。
4月23日	不穏時リスバダール1mg/ml 1ml h服用開始 経過観察するが、BPSDは一向に改善せず、薬剤師がDBCシートで状況を医師に報告しセロクエル処方開始となる
5月8日~	セロクエル (25) 1T 1x V.D.S 開始 以後、DBCシートで状況を報告し、セロクエルの投与量を調整。 (12日: セロクエル(25) 2T 2x、18日: セロクエル(25) 3T 3x)
6月8日	セロクエル (25) 4T 3x (1-1-2) セロクエル4Tのあとは、多少不穏あるものの全体に落ち着く。 リスバダール内用液頓用は、ほとんど使用していない。

[対32]

事例3-③

	投与前	開始後	増量後
A 陽性症状	15	16	8
1 いらいら 怒り 大声 暴力	3	2	1
2 介護抵抗 入浴拒否	3	2	1
3 帰宅願望 外出拒否	1	1	1
4 不穏	2	1	0
5 徘徊	2	1	0
6 自己顕示 コール頻回	2	2	1
7 焦り	1	1	1
8 妄想 幻覚 独語	2	3	2
9 神経質	1	2	1
10 盗み 盗食 大食 異食	0	2	0
B 陰性症状	9	9	6
1 食欲低下	0	0	0
2 あまり動かない	1	2	1
3 昼寝 朝寝 発語低下 無表情	3	2	2
4 うつ状態 (肯定的発言 自殺)	3	3	2
5 無関心 (リハビリ等不参加)	2	2	1
C 体幹バランス	6	3	1
1 体幹傾斜	0	0	0
2 易転倒性	3	2	1
3 小刻み歩行	1	0	0
4 嚥下不良 むせる	2	1	0
5 突進 振戦 (PD)	0	0	0

出典：セロクエル投与前後のDBC Sheet (尾道市医師会作成)

[対33]

かかりつけ薬剤師・薬局に求められる認知症の対応(まとめ)

- 服薬指導、地域の中での認知症の徴候のある人に対する「気づき」
- かかりつけ医等との連携により早期診断・早期対応への「つなぎ」
- 在宅医療を含め適切な薬物療法 (薬学的管理) を実施し、治療と生活を「支える」 (状態に応じた服薬指導等)

制度編

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

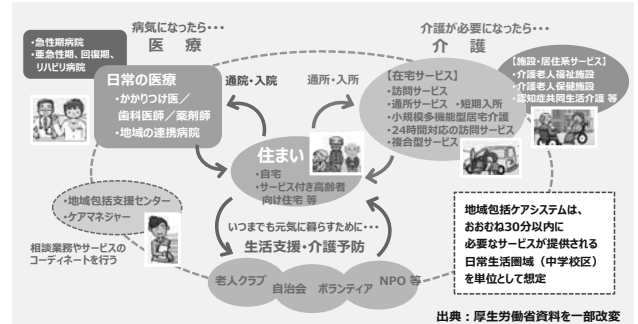
到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ薬剤師の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度等の権利擁護の仕組みの概要を説明することができる

[制1]

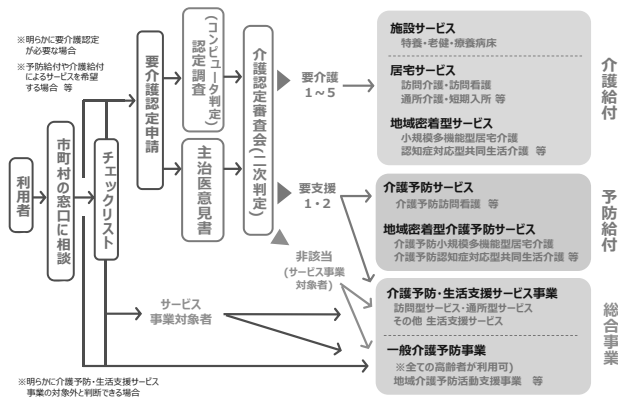
地域包括ケアシステム

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



[制2]

介護サービスの利用の手続き



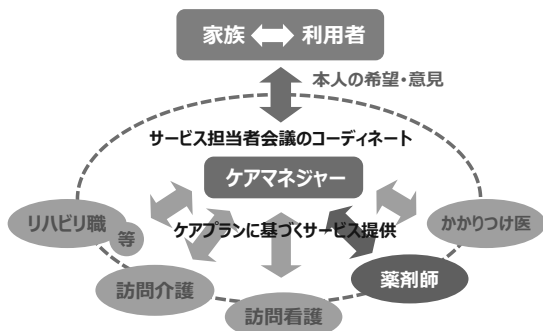
[制3]

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
	II a 家庭外で上記 II の状態が見られる
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる
III	日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
	III a 日中を中心として上記 III の状態が見られる
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる
IV	日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

[制4]

ケアマネジャーとの連携



[制5]

ケアマネジャーが薬剤師に望むこと

- 利用者の薬の管理をしてほしい (薬学的な面での管理)
 - 薬の使用上 気をつけるべきこと (保管方法や飲み方(例：粉碎していいもの、悪いものなど)、副作用の初期症状など) について、患者・家族だけではなく、介護側にも教えてほしい
 - 薬剤師の目から、利用者の容態を見ることで医療ケアの改善点を主治医に伝えてほしい
 - 医療と介護が円滑になるようにパイプ役になってほしい
 - カンファレンス (サービス担当者会議、退院時等) に参加し、積極的に発言してほしい
- ⇒ 薬に関する専門的なことはもとより、薬剤師は医師、歯科医師と介護側の間に立ち、薬の管理等も含めて医療ケアの調整をお願いしたい、という声が多い。
薬剤師は医師側と介護側のパイプ役になることが望まれている。

[制6]

訪問看護(師)とは

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

[制7]

社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等の役割

社会福祉士・精神保健福祉士

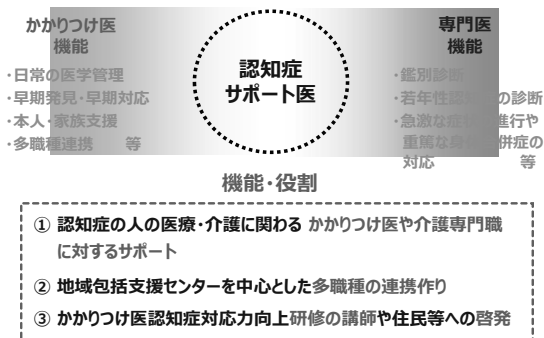
- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築
- 社会参加支援

介護福祉士 (ホームヘルパー・介護職員含む)

- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

[制8]

認知症サポート医とは



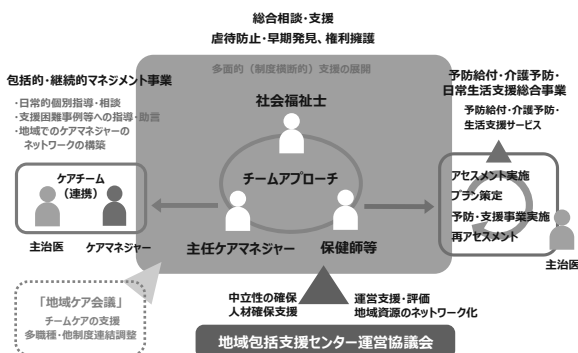
[制9]

医師が薬剤師に望むこと

- 薬局窓口での認知症の疑いへの気づき
- 地域の資源へのつながり
- 家庭での、本人・家族が持つ 服薬の課題や問題の拾い上げ (処方への提案)
- 服薬に関する情報の他職種への提供(共有)

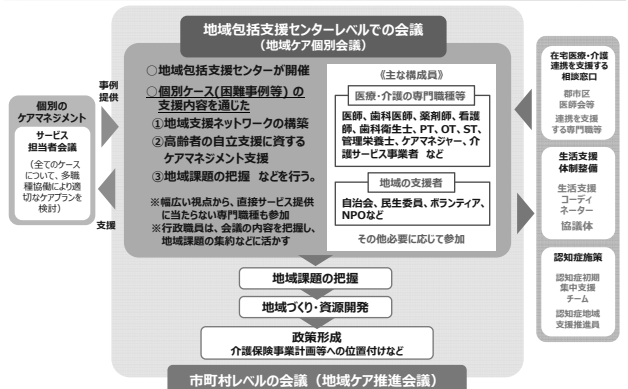
[制10]

地域包括支援センター



[制11]

地域ケア会議



【制12】

相談窓口

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

【制13】

認知症ケアの基本 ～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

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

生活そのものを ケアとして組み立てる

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

出典：高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

【制14】

認知症ケアの基本 ～ サービスのあり方 ～

望ましい条件

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

普遍化に向けた展開

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

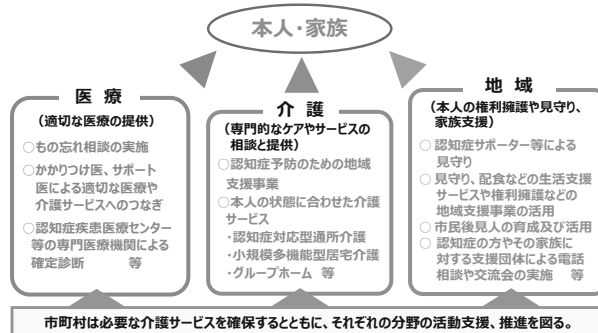
終末期を視野に入れた生活に配慮した医療サービス

出典：高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

【制15】

認知症の人への支援体制 ～ 医療・介護・地域の連携 ～

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



【制16】

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
看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問看護）
小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護（H28.4～）
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など
- 施設サービス
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設（～H30.3末）

【制17】

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単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能

- 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（H28.4～）
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
- 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問）

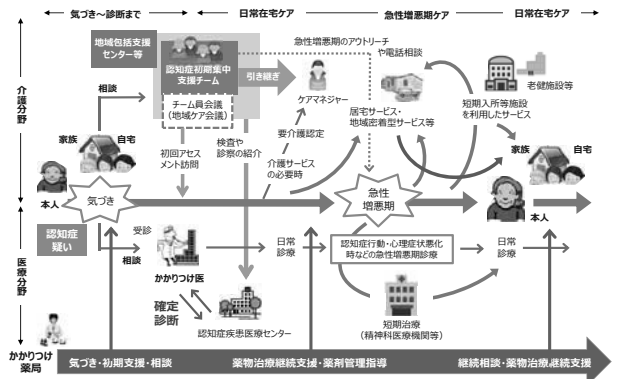
[制18]

予防給付と地域支援事業

予防給付 (要支援1・2)	要支援状態に関する保険給付 -介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション など
新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1・2、それ以外)	<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
地域支援事業	<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・介護連携の推進 ○ 認知症施策の推進 (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等) ○ 生活支援サービスの体制整備 (コーディネーターの配置、協議体の設置等)
任意事業	

[制19]

認知症ケアパス

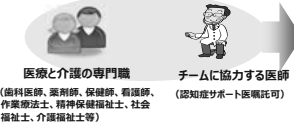


[制20]

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】



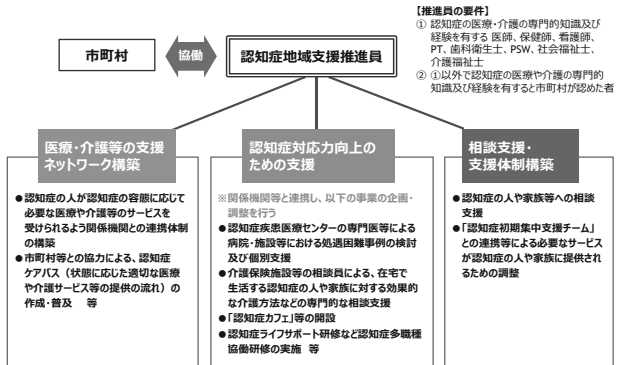
【配置場所】
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【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

[制21]

認知症地域支援推進員



[制22]

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は 3.78万人 と推計
- 18~64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、脳血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%の順であった。

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることは気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い (就労、子供の教育・結婚 等)

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- ・ 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い (H24年度: 39.1%)
※認知症高齢者からの相談では男性は 9.1%
- ・ 本人からの相談が多い (H24年度: 40.0%)
※認知症高齢者からの相談では本人からは 0.9%
- ・ 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は:
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

[制23]

認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言
道路交通法一部改正 (平成25年6月14日公布)
「一定の病気等」に罹っているドライバー対策

- 病状の虚偽申告で罰則
- 一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度
- 免許再取得時の試験一部免除
- 交通事故情報データベースの一部拡充

[制24]

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	●特定事項 ^{※1} の一部についての同意権 ^{※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
制度利用の場合の資格等の制限		医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	—

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（第131）
 ※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 第131に挙げられる、要約の行為に限定されない
 [法務省ホームページより]

[制25]

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、支払い代行、苦情手続き代行
- 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26]

高齢者虐待の現状と薬局・薬剤師の役割

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.1%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69.9%であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 66.9%が最も多く、次いで心理的虐待 42.1%、介護等の放棄 22.1%、経済的虐待 20.9% の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加え、相談・介護支援を中心とした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域の重層的な仕組みが必要

薬局店頭で虐待の可能性に気付いたときは、市区町村・地域包括支援センターに連絡

厚生労働省：「平成26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

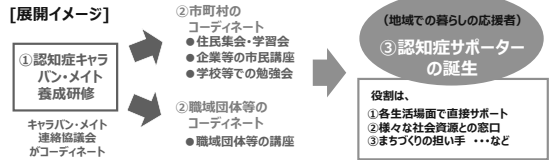
[制27]

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 地域や職場、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



[制28]

認知症支援を通じた地域作りに向けて

- 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、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29]

薬剤師認知症対応力向上研修 まとめ

- 認知症の人への早期対応（気づき・つなぎ）
- かかりつけ医等との連携により、薬物治療を支える
- ご本人・家族の生活を支える

薬剤師「認知症対応力向上研修DVD」確定台本

PART 1 : 「気づき」 『もしかしたら認知症?』

PART 2 : 「つなぐ～連携」 『薬剤師はどう動いたか?』

全編12分30秒

<登場人物>

薬剤師： 安藤由美 (35歳) 女性 関伊利子
 患者： 鈴木武雄 (82歳) 男性 大山豊
 患者の娘： 西田洋子 (45歳) 女性 鈴木美香

<ナレーター>

伊藤敬子

<企画>

合同会社 HAM 人・社会研究所

認知症をもっと知ろう!

～薬剤師認知症対応力向上研修～

序) 薬剤師に対する認知症対応力向上研修の背景 (1分49秒)

画面	ナレーション
高齢者資料映像	NA 世界でもっとも早いスピードで高齢化が進んできた日本では、2012年、65歳以上の高齢者、7人に1人である462万人が認知症と推計されています。
認知症高齢者の将来推計	この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれており、2025年には65歳以上の高齢者、5人に1人、約700万人にまで増加すると推計されています。
新・オレンジプラン	厚生労働省を中心に、認知症施策推進総合戦略、いわゆる新・オレンジプランが策定され、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指して、様々な施策が進められています。
薬局・薬剤師に期待される役割	医療・介護の専門職に対する、対応力向上の研修事業もその1つの柱とされており、薬剤師に対する研修も平成28年度から全国で進められることになりました。
研修全体の目的・意義	本研修は、今後、増加することが予想される認知症の人やそのご家族への接し方を身に付けること、また地域の中で薬局・薬剤師に期待されている役割に応えていくための第一歩となる知識や対応力を習得していただくことを目的としています。

① 気づき 「もしかしたら認知症?」 (3分33秒)

テロップ	ナレーション/音声
	NA それでは、これからある薬局で起きた出来事をご覧ください。
PART1:気づき もしかしたら認知症? 鈴木武雄さん (82歳)	NA この街で暮らす鈴木武雄さんは、毎月一回、かかりつけ医を受診し、かかりつけ薬局に、薬を受け取りに来ています。いつものように薬剤師の安藤由美さんがお迎えました。
薬剤師 安藤 由美	鈴木「……はい」
※処方箋・お薬手帳などを すぐ出せない	薬剤師「鈴木さん? 処方箋も… お預かりいたしますよ。」
	鈴木「処方箋…?」(無表情) 鈴木「あ、これ…」(無表情)
※あまり元気が無い	薬剤師「処方箋、お預かりいたします」 NA 以前と違って、あまり元気がない鈴木さんに薬剤師の安藤さんは、あることを思い出しました。

	<p>NA 鈴木さんは、半年前に奥さんを亡くされていたのです。</p>
※表情が乏しい	<p>NA そのことを思えば、鈴木さんが、最近元気がないのも、仕方のないことだと、薬剤師の安藤さんは思いました。</p>
※関心が無くなる	<p>NA とはいうものの…いつものように薬の説明のとき…</p> <p>薬剤師 「鈴木さん、お待たせいたしました。 鈴木さん、お薬はいつもの3種類です。朝食後の血圧の薬と、朝夕食後のお薬、そしてこれは、毎食後のお薬です。薬が飲みにくいとか、飲み忘れてしまう事はないですか？」</p> <p>鈴木「ああ、はいはい、ちゃんと飲んでますよ」</p> <p>NA …という具合に、なぜか鈴木さんは、薬には全く興味が無い様子です</p>
※お札での支払が多いため、小銭ばかりが溜まってしまう	<p>薬剤師「鈴木さん、お会計550円です」 鈴木「はい」</p> <p>NA お会計の際も、財布の中には小銭がたくさん入っていたにもかかわらず、中から1万円札を出してしまいました…</p>

<p>(写真 対面画面) ※薬の紛失、足りないなどのクレームが多い ※もの忘れが多い ※会話が成り立たない ※支払いがスムーズに出来ない…など</p>	<p>薬剤師「鈴木さん、1万円ではよろしいですか？」 鈴木「うん…」 薬剤師「では、一万円お預かりいたします」</p> <p>NA 薬剤師の安藤さんには「もの忘れが多い」「支払いがスムーズにできない」、そんな鈴木さんの様子が気になりました。</p>
※忘れ物が多い	<p>鈴木「じゃあ…」</p> <p>薬剤師「あ、鈴木さん、お薬、お忘れです。…」 鈴木「そう…ああ…」</p> <p>薬剤師「鈴木さん、はい」 薬剤師「どうぞ、お大事にしてくださいね。」 薬剤師 「鈴木さん… なんだか様子が…おかしいわね…」</p> <p>NA 薬剤師の安藤さんは、以前とは違う鈴木さんの様子が心配になりました。</p>

<p>② つなぐ～連携 「薬剤師は、どう動いたか」 (7分06秒)</p>	
画 面	ナレーション/音声
PART2: つなぐ～連携 薬剤師はどう動いたか 三週間後…	<p>NA あれから3週間、鈴木さんが、近くに住む娘の洋子さんと薬局にやってきました。</p> <p>鈴木さんは先日、家の玄関を出る時に転んでしまい、近所の整形外科にかかったとのことでした。</p>
※質問に答えられない	<p>薬剤師「鈴木さん、今回の薬は湿布薬です。 1日2回、足の痛いところに貼って下さいね。 裏のフィルムをはがして貼ってください。」</p> <p>娘 「夜貼ったら、朝貼り換えればいいんですね」</p> <p>薬剤師「はい、そうです。鈴木さん一人で貼れそうですか？」</p> <p>鈴木「ん～ん」 薬剤師「何かお困りなことがあればいつでもご相談ください。」</p> <p>鈴木「う～ん、大丈夫だと思うがな…」</p>
	<p>薬剤師「そういえば、鈴木さん、いつも飲んでいる高血圧のお薬は、いかがですか？ 薬が飲みにくいとか、飲み忘れれたりなど、そういうことはありませんか？」</p> <p>鈴木「うん、ちゃんと飲んでるよ」</p>

※飲み忘れ、服用の間違い	<p>娘「ええっ、お父さん、このあいだおうちで見たけど結構残ってたわよ」</p> <p>鈴木「そうかなあ？ 飲んでるがなあ」</p> <p>薬剤師「ご自宅での薬の様子、もう少しお聞かせいただけますか？」</p>
※不機嫌で態度が攻撃的	<p>娘 「はい。 あの…私も同居しているわけではないので、詳しく分からないんですけど、薬はだいが残っていますね。 あと、皿の薬飲んだっけかなあ、って言うてみたり、あっ、そうそう、私がね、ちゃんと飲んだのって聞くともう飲んだ！(怒)って言うてみたりね…」</p> <p>薬剤師「お薬、そんなに残っているはずがないんですが…」 「鈴木さん あとは、お会計ですので鈴木さんは すみませんが、あちらのイスに腰掛けて少しお待ちいただけますか」</p>
	<p>鈴木「ああ…うん」</p> <p>薬剤師「あの、少しご自宅の様子を伺ってもよろしいでしょうか」</p> <p>娘 「わかりました。お父さん、お会計してくるから、ちょっと待っててね」 鈴木「はいよ」 娘 「はい」</p>

※部屋を片付けなくなる	<p>薬剤師「鈴木さん、少し以前と様子が変わられたように見えますが・・・お薬も、飲んだとか、飲んでないとか、そういうこともあるようですね。あまり、お元気もなさそうですね？」</p>
	<p>娘「ええ…私も最近、気になっていたんですよ。ポーっとしていたりとか、私との約束を忘れてしまうこともあって…。まあ、母が亡くなってから、ずっと元気はないんですけどね…」</p>
	<p>薬剤師 心の声 「(もしかしたら…やっぱり鈴木さん…、認知症じゃないかしら)」</p>
	<p>薬剤師「あ、そうですか、それはお困りですね。以前と変わってきたということは他にもありますか？」</p>
	<p>娘「う～ん…ああ、そういえば、家の中が散らかりっ放しになっていますね。あの…昔はきれい好きな人だったので…年齢のせいでは体がしんどいかなって思ってたんですけど…」</p>
<p>薬剤師「そういったご様子ですと、お薬を毎日きちんと飲むということも、少し難しくなっていってしまうご様子ですね。」</p>	

	<p>お薬のことは、私から先生にご相談して、飲み残しがおきにくいように工夫させていただきますので、是非、一度通院も一緒になさって、先生に相談されてみてください」</p>
娘	「はい…」
	<p>NA こうして鈴木さんは、娘さんと一緒にかかりつけ医の先生に診てもらい、認知症の検査を受けることになりました。</p>
※朝・夕服用に変更	<p>NA そして薬についても、家族の目が届く朝夕服用に切り替えました。</p> <p>娘さんのサポートもあって飲み忘れも少なくなったようです。</p>
日常生活では…	<p>NA そして日常生活では？</p>
※家族に地域の生活支援サービスを提案	<p>NA 鈴木さんの不安な暮らしぶりを聞いた薬剤師の安藤さんは、娘さんに地域の生活支援サービスを受ける事を提案しました</p>
地域包括支援センター ※地域包括支援センターにつなぐ	<p>薬剤師「もしもし、地域包括支援センターですか？こちらは……………」 (ここから声小さくなりナレーションへ)」</p>

	<p>NA 地域包括支援センターへは、鈴木さんの通院や服薬の状況など、また生活上の不安等について、安藤さんからあらかじめ伝えておきました</p>
地域包括支援センター (双方の矢印)	<p>NA その後、鈴木さん親子はスムーズに地域包括支援センターに相談できるようになったそうです。</p>
	<p>NA こうして安藤さんは、かかりつけ薬剤師として一人ひとりの患者さんの生活と向き合う大切さを実感したのでした。</p>
国立長寿医療研究センター 副院長 鷺見 幸彦 1：「気づける」「つなげられる」 技術の習得を	<p>NA さて、ここで認知症専門医の鷺見先生から薬剤師の皆様へのメッセージをお聞きください。</p> <p>鷺見「はい。ひとつは、まず認知症の人に気づけるということです。そして気づいたあとにつなげる技術というのを習得していただけたらいいと思います。</p> <p>この研修の主題でもあるんですが、薬剤師さんの皆さんにも、認知症の人に気づくということ。そして地域の様々な資源につなぐということが求められています。</p> <p>具体的には、その、気づくための観察技術、それからつなぐための情報発信や収集の技術の向上というのが必要となります。</p>

2：服薬を通じた認知症治療を支える両輪として	<p>それから、服薬を通じた認知症治療を支える、これは医師と薬剤師さんというのは、大きな両輪として働いていただくということが重要だろうと思います。</p> <p>われわれ医師は、主に外来とか診察室での話や様子から情報を得ることになるんですね。処方したお薬が、きちんと飲んでいるかどうか、それから飲みにくいとか、飲み忘れがないかなど、服薬についての課題を、こう拾いあげてフォローしていただくということは、認知症の治療全体の中では、非常に重要な点です。</p> <p>そのためには、認知症の知識や認知症の人への理解ということが、必要不可欠になるというふうに言えると思います。</p>
3：地域資源の一員としての薬剤師の期待	<p>地域で認知症の人や家族を支える仕組みづくりというのが進められています。薬剤師さんの皆さんには、認知症の人の服薬指導や薬剤管理に加えて、早期発見や地域連携という、今日的な役割もあります。</p> <p>在宅の認知症の人や家族にとって、身近な医療職としての活躍が期待されていると思います。</p> <p>是非、地域資源の一員として薬剤師さんの参加を期待したいと思います。</p>

協力
公益社団法人 日本薬剤師会
撮影協力
薬局オリーブファーマシー

平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
歯科医師、薬剤師、看護および急性期病棟従事者等への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
～薬剤師分科会編～

3 看護職員認知症対応力向上研修（新規）

看護職員認知症対応力向上研修では、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施を前提に、主な研修対象を急性期病院の看護職員管理者層(指導的役割の看護職員)とする、18 時間(3日間)程度の教材作成について、計2回の分科会の他、個別のミーティングの中で、(1)カリキュラムの検討、(2)具体的なスライドおよび解説の作成を行った。

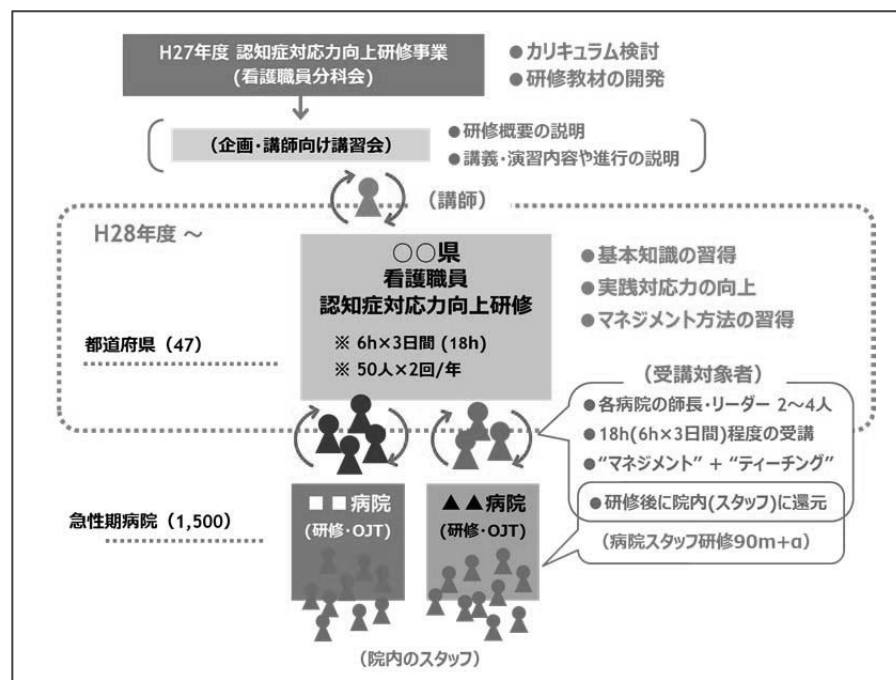
なお、本事業の当初計画において、企画・講師担当者向けの伝達講習会の開催、また、DVD 教材の制作を予定していなかったため、分科会での作業は、講義・演習のスライドおよび解説の作成が中心となった。

研修の全体像(イメージ)

◎看護職員認知症対応力向上研修の位置付けは右図の通り(中段)。

◎同研修を H28 年度以降に実施するため、上段(H27)に研修教材の開発を実施した。

◎具体的な研修実施方法については、実施要綱による。



(1) カリキュラムの検討

- 全体を3部構成、具体的には、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の教材をベースとした①「基本知識(第1編)」、より具体的・実践的に第1編の内容を対応力の観点から充実させた②「対応力向上(第2編)、主な受講対象に設定した管理者層向けの③「マネジメント(第3編)」で構成した(全体構成および講義等の内容は63ページ以降を参照)。
- 第1編(180分：基礎対応力)では、修了者が各医療機関において、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修をスタッフ向けに実施するに十分な知識を習得することを目的とした。
- 第2編(480分：実践対応力)では、さらに、“認知症”、“せん妄”、“地域連携”の3つのパートに分け、急性期病院における実践的な対応に資する講義と、認知症とせん妄の事例を題材として、入院から退院支援までの看護計画を検討する事例検討で構成した。
- 第3編(420分：マネジメント)では、人員等の体制や院内環境に関する“マネジメント”、上記研修の実施をはじめとする研修計画・人材育成に関する“スタッフ教育”の講義と、自施設の振り返りや研修を踏まえた今後のマネジメント計画策定をテーマとしたグループワーク(GW)で構成した。

(2) 具体的なスライド作成および解説執筆

- スライド作成および解説執筆は、第 1～3 編 に亘って、分科会での方向確認、個別ミーティングでの担当配分、委員による作成・執筆(ノート部分への補足説明)、分科会でのレビュー、を経て作成した(全編のスライド(各パートから冒頭部分を抜粋)は 64 ページ以降を参照)。

(3) 研修実施ハンドブック(案)の作成

- 本年度事業内において、伝達講習会による研修の趣旨、構成、実施方法等の説明を行う機会を設けられなかったため、研修実施に関する現時点での補足的説明を行う資料を作成した。

○ ただし、内容は、本事業での教材開発にあたって必要となった範囲の整理にとどまるもので、確定的なものではなく、同研修実施のおおよそのイメージ作りに資することを目的としている。具体的な準備・実施にあたっては、厚労省より発出される実施要綱による。

- 次年度以降、研修実施方法および研修教材の内容についての伝達講習会が実施される場合には、より詳細な情報によって、同様の説明が行われると考える。

看護職員認知症対応力向上研修 研修実施ハンドブック(案)

1 研修目的(背景)

- 病院勤務の医療従事者向けの認知症対応力向上研修は、平成 25 年度から都道府県・指定都市(以下、都道府県等)事業として実施されている。
- 上記研修は、一般病院を中心とした認知症の入院患者への対応力向上を目的とするもので、一定の基礎知識の習得は可能であるものの、講義 90 分という比較的短めのコンテンツのため、研修内容に限界があること、また、受講した病院勤務の医療従事者が受講内容を院内で実践するには、管理者層による取り組みや人員や体制に関するマネジメントに拠るところが大きい点などが課題とさえてきた。
- そこで、病院医療従事者の中で、認知症の入院患者のケアを中心的に担う看護職員のうち、スタッフ教育やマネジメント等を担う指導的役割の看護職員を主な受講対象に、量的にも、質的にも充実した研修が必要とされた。
- 研修内容として、認知症に関する看護方法やアセスメントに関する専門知識・技術の向上および体制・環境整備からスタッフ教育等のマネジメント技術の向上を目的とすることになった。

2 研修内容

(1) 受講対象者

受講対象は、病院勤務の指導的役割の看護職員とする。

※受講後の実践を想定し、可能な範囲で1病院から複数名の受講を求めることが望ましい
(年間の研修実施計画や受講希望者数との兼ね合いにより、1病院の受講者数上限等
を設定することも検討)

(2) 講師・ファシリテータ

H28年度に実施(予定)の同研修の企画立案のための伝達講習会を受講した各都道府県等の認知症看護認定看護師等を中心に、講義内容に応じて勤務医や認知症看護の実務経験を有する看護師等の協力を得ながら講師を選定する。

また、演習(グループワーク)のファシリテータについて、受講者数(想定するグループ数)に応じた適正人数を配置できるよう選定・確保する。

(3) 研修の標準的なカリキュラム(標準的プログラムに準拠)

18時間の講義形式と時間 および、3日間実施の際の時間配分の例は以下の通りとなる。

	カリキュラム	時間配分	日程案
1 基本 知識編	基礎対応力 ●病院医療従事者研修を 実施するため基本知識	180分 講義(基本知識)	1日目 5.5時間
		150分 講義(認知症)	
2 対応力 向上編	実践対応力 ●実践的な対応技術 ●家族支援・対応 ●看護部門による対応 ●病院から在宅	60分 講義(せん妄)	2日目 5.5時間
		120分 講義(地域連携)	
		150分 事例検討	
3 マネジ メント編	マネジメントカ① ●環境・体制・マニュアル ●人材育成・教育	90分 講義(マネジメント)	3日目 7.0時間
		90分 講義(スタッフ教育)	
		120分 GW(振り返り)	
		マネジメントカ② ●体制・研修計画立案	

3 実施運営について

都道府県等事業として、厚労省から発出される実施要綱に沿って、各地域の関係機関と連携を図りながら実施する。企画立案段階から、開催日や会場、講師・ファシリテータ、受講者や派遣する病院の事情などについて、関係機関と協議の上、計画することがポイントとなる。

(1) 企画段階

①年度ごとの研修実施計画を立案する。

- ◆研修企画担当者会議の設置・実施（伝達講習受講者との協働）
- ◆実施目標の設定、計画策定（病院数目標、受講者数目標など）
- ◆研修形態の検討（集合研修、近隣病院ごとなど）

②都道府県等内の関係機関との連携をとる。

- ◆看護協会や医師会をはじめとする職能団体等（受講者募集や講師・ファシリテータ選定）
- ◆認知症疾患医療センター（研修運営支援等）

(2) 会場手配、講師調整、テキスト、教材の準備

①会場手配

- ◆研修実施の規模設定に応じて、想定する受講者数を収容できる会場を確保する。
- ◆グループワーク（1グループあたり8人程度）の実施も考慮する。

②講師・ファシリテータの確保

- ◆（伝達講習会(予定)を受講した）認知症看護認定看護師等を中心に、都道府県等や関係機関と標準的カリキュラムに沿った講師を検討・確保する。
- ◆グループワークでの設置グループ数に応じて、適正数のファシリテータを確保する。

③教材の準備

- ◆教材は、平成27年度老人保健健康増進等事業で制作した、「看護職員認知症対応力向上研修テキスト」を標準として使用する。
- ◆標準教材の代替や省略等については、厚労省所管課と十分調整を行うこととする。
- ◆教材(テキスト)等は、都道府県等の実施主体が準備する。

(3) 関係者ミーティング

研修開催準備に並行して、実施前には、都道府県等および講師・ファシリテータによる研修運営等に関するミーティングを行い、研修のねらいや到達目標、講義・GWの進行手順等について確認・共有する機会を設ける。

(4) 開催案内・受講者募集

研修実施計画の策定、諸準備の後、対象とする医療機関等宛てに研修開催の案内を行う。受講者はもちろん、所属医療機関の体制等に十分配慮し、検討や調整のための一定期間を確保して募集を行う。

(5) 効果測定（アンケート実施）

受講直後および3か月後を目安に、フォローアップとして習得知識や実務活用・変化に着目したアンケートを実施して、研修の効果測定を行うことを企画する。

(6) 修了者管理

実施主体である都道府県等から修了証を発行し、受講者(医療機関)の管理を行う。

看護職員 認知症対応力向上研修 構成案（各編に含まれる内容一覧）

時間	編構成案	項目別の主な内容（案）	
基本知識編	180	180分 講義 (基礎的講義) 基礎対応力 ●病院従事者研修をベース ●研究班で開発した教育素材を適宜利用して構成	受講後に各病院において、「一般病院従事者向け認知症対応力向上研修(90分)+a」を実施して頂くため、同研修を実際に受講し、認知症患者の入院から退院(支援)までのプロセスに沿って、基本的な知識を習得する
		150分 講義 (認知症の講義)	基本知識編の講義を踏まえて、個々の認知症の特徴・症状に対するより実践的な対応力について習得する。 各施設で研修の実施、ならびにマネジメント体制の検討を進めるための基礎となる専門的な知識を習得する。
対応力向上編	480	60分 講義 (せん妄の講義)	入院患者・期間中に鑑別が重要となる「せん妄」に着目して、認知症との違いやせん妄特有の対応について習得する
		120分 講義 (地域連携)	一般病棟において、認知症をもつ患者の退院支援に必要となるアセスメント・技術、および地域の社会資源の情報について習得する
		150分 事例検討	(冒頭で看護計画の立て方に関する講義含む) 一般病棟における認知症ならびにせん妄への対応方法について、講義の内容を踏まえて実際の対応について習得する
マネジメント編	300	90分 講義 (マネジメント)	認知症に関する問題は、一般病院のマネジメントの様々な領域に関連する。それらの問題を横断的に検討し、各施設の実情に応じた認知症への対応方法を検討し、適切なマネジメント体制を構築するために、施設(医療機関)全体、および 部門ごとの人員配置・シフト、環境整備、院内連携、情報管理等の実践的な対応方法について習得する。
		90分 講義 (スタッフ教育)	本研修の受講者が自施設においてエンドユーザー研修(基本知識編180分)を実施できることを目標に、研修計画策定や教育技法等必要な教育技能を習得する。
	120	120分 GW (自施設の確認)	本研修の受講者が、自施設の実情に応じた認知症・せん妄への対応方法を検討するために、自施設の現状・課題を系統立てて整理をし、計画策定のための基礎的な検討を行う。
		120分 GW (今後の計画策定)	本研修の受講者が、本研修の受講後1年間をとおして、自施設の認知症対応力を向上させるために、どのようにマネジメント体制を構築し、教育研修を進めるか、具体的な計画立案をグループワークを通じて検討する。本研修会受講後、6ヶ月後、1年後に、実施できているかどうかフォローアップを行う。

看護職員 認知症対応力向上研修

1. 基本知識 編（講義）
2. 対応力向上 編（講義・事例検討）
3. マネジメント 編（講義・GW）

平成27年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健制度増進等事業分）
 歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
 看護職員分科会 編

1. 基本知識 編（180分）

2. 対応力向上 編（480分）

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編（420分）

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

認知症施策の方向性について

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

新オレンジプラン(2015年)

一般病院における認知症

- 認知症の診断がついていないことがある
治療を開始してから認知症を合併していることに
気づかれる場合がある
- せん妄の合併が多い
身体的な負荷が加わることで容易にせん妄を発症する
- 治療や管理上の問題で初めて気づかれることがある
せん妄や脱水、低栄養、服薬管理の問題として
あげられる

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 (15.0%)	517万人 (15.7%)	675万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 (16.0%)	730万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

認知症とは

- 一度正常なレベルまで達した精神機能（注意、実行機能、記憶、言語、知覚、運動、社会的認知）が、何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態
- せん妄（意識障害）を除外

認知症の診断 (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）が低下
- B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える
- C せん妄の除外
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）の除外

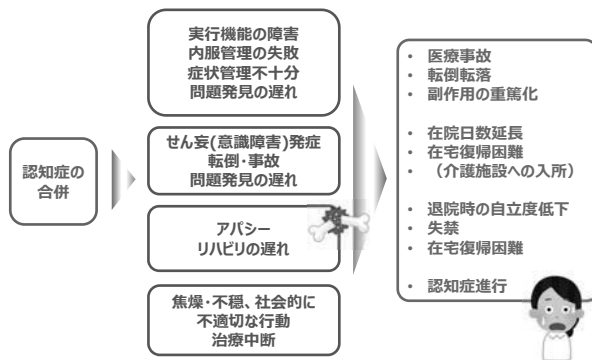
認知症をもつ入院患者の比率

わが国では、施設のもつ背景によって異なるものの、おおよそ20%の患者が認知症・軽度認知機能障害である可能性がある

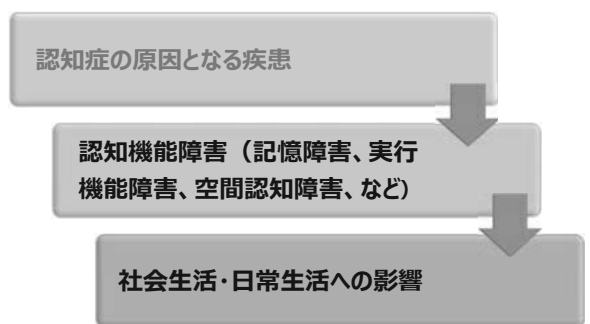
海外

- 急性期一般病棟：9.1-50.4% (Hickey 1997)
- 老年病棟：63-79.8% (Adamins 2006)
- 大腿骨頸部骨折の手術目的の入院：31-88% (Homes 2000)

認知症の及ぼす影響



認知症を知るための3つの層



主な認知症の原因（四大認知症）

- アルツハイマー型認知症
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭型認知症

認知症のうち、約50%はアルツハイマー型認知症が占める

疾患ごとの特徴

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
起因	脳の神経細胞の脱落および変性	脳卒中による神経回路の遮断や脳代謝の低下	脳の神経細胞の脱落および変性	脳の神経細胞の脱落および変性
経過	緩徐に発症し、進行	脳卒中の発症と時間的関連をもって発症 階段状悪化	緩徐に発症し、進行	緩徐に発症し、進行
画像等の所見	・脳の萎縮、側脳室下角の拡大 ・側頭葉、頭頂葉、後部帯状回の脳循環代謝低下	・認知症と関連する脳血管病変 ・片麻痺、仮性球麻痺、脳血管性パーキンソン症候群	・海馬の萎縮軽度 ・後頭葉での脳循環代謝低下 ・パーキンソン症候群（固縮、小刻み歩行）	・前頭葉と側頭葉の萎縮
状態	・新しいことが覚えられない ・変化するものほど忘れやすい ・新しいものから忘れていく ・取っ付いて、妄想 ・空間認知機能の低下 ・図形複写、手指の模倣が困難	・機能、記憶に凹凸がある（またち） ・情報の処理能力が低下し、判断機能が速くなる（自覚性低下、抑うつ） ・情報過多でバツクになる ・突然の状況変化に対応できない ・感情の起伏が大きくなる	・初期には記憶障害が自覚されない。注意、実行機能、空間認知の障害が生じやすい ・3つの中核的特徴 ⇒注意や覚醒レベルと関係する認知機能の動揺 ⇒具体的詳細な幻視 ⇒パーキンソン症候群 ・自律神経障害 ・抗精神病薬の感受性亢進 ・レム睡眠行動障害	・記憶や視空間認知は保たれる ・性格変化と社会性の消失は早期から認められる ・感情鈍麻、無関心 ・脱抑制（わが道を行く） ・常同行動（時刻表のない生活） ・注意の持続性の亢進と行為の維持困難（立ち去り行動） ・過食、偏食

日本認知症ケア学会（2006）：地域における認知症対応実践講座Ⅰ（第3版）、ワールドプランニング。

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

症例： 落ち着かない

・ 80歳代 女性 肺がん疑い

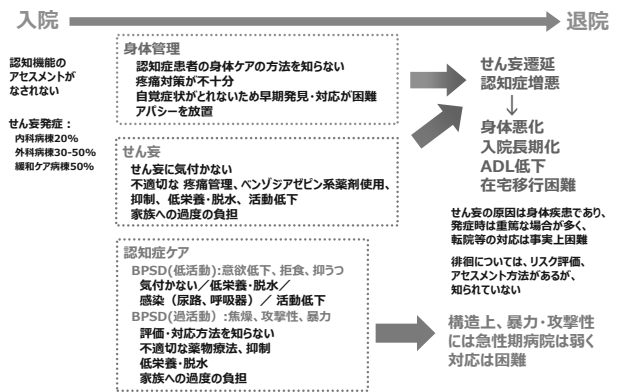
半年前から続く咳と背部痛、体重減少をきっかけに呼吸器内科を受診、精査目的で入院をした。
入院中も穏やかに過ごしていて、応対もニコニコとしていた。ある日中に看護師が訪室すると、そわそわと落ち着かず、不機嫌な様子で「今はいいの、後にして！」と強い口調で拒否をされた。

このような時、どのようなことを考え、アセスメントを進めますか？

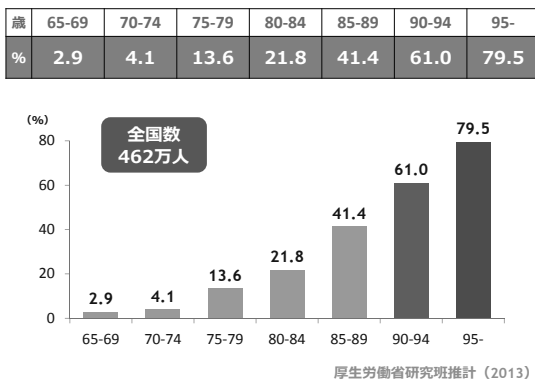
認知症の影響 (急性期病院)

- ・ 身体治療
 - 事故の増加 (転倒、ルートトラブル)
 - 合併症の増加
 - 身体機能の低下
 - ・ せん妄の発症
 - ・ 施設入所の増加
 - ・ 退院後の介護負担の増加
 - ・ 在院日数の延長
 - 医療コストの増大
- (Sampson 2009; Thompson 2010)
(Alzheimer Scotland 2009)

入院中のケアの問題



認知症高齢者の割合



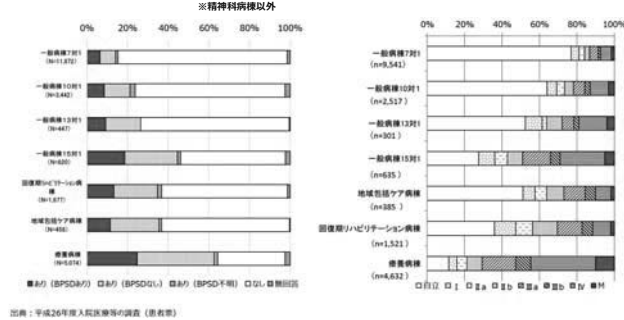
認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 (15.0%)	517万人 (15.7%)	675万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 (16.0%)	730万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

わが国の一般病院での認知症

- 一般病棟7対1及び10対1においては、「認知症あり」の患者は2割程度、療養病棟においては6割以上入院している。
- 入院患者における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の割合は、一般病棟7対1及び10対1でも2割程度であった。



認知症をもつ入院患者の比率

わが国では、施設のもつ背景によって異なるものの、おおよそ20%の患者が認知症・軽度認知機能障害である可能性

海外

- 急性期一般病棟：9.1-50.4% (Hickey 1997)
- 老年病棟：63-79.8% (Adamins 2006)
- 大腿骨頸部骨折の手術目的の入院：31-88% (Homes 2000)

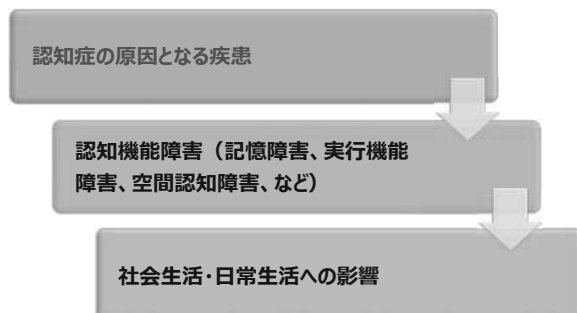
認知症とは（定義）

- ・ 一度正常なレベルまで達した精神機能が、何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態
- ・ 認知症とは、特定の「病名」ではなく、「症候群」
→いわゆる治療可能な認知症（正確には認知機能障害）（例えば 慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏）も存在

新しい認知症の診断基準（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。

認知症を知るための3つの層



主な認知症の原因（四大認知症）

- ・ アルツハイマー型認知症
- ・ 血管性認知症
- ・ レビー小体型認知症
- ・ 前頭側頭型認知症

認知症の各疾患それぞれに特徴がある

キーメッセージ

- せん妄は意識障害
- 身体状態に注意することにより対処可能である
- 低活動型のせん妄にも注意をする
- せん妄の発症リスクを評価し、予防につなげる
- せん妄の予防・対応は、医療チームで対応する

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW
 - ① 自施設の現状
 - ② 人材育成計画の策定

せん妄の影響

- 危険行動による事故・自殺
- 家族とのコミュニケーションの妨げ
家族の動揺
- 意思決定ができない
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化

Litaker et al., Gen Hosp Psychiatry, 2001
Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000
Inouye et al., N Engl J Med, 1999

せん妄は身体管理の問題でもある

- せん妄は多臓器不全の一種
- 全身状態の変化の予兆（呼吸、循環、代謝、感染など）



せん妄を見逃す：

- 全身状態の変化・異常を早期に見出し、早期に対応する機会を見逃す
- 全身状態の重篤化、予後の悪化

せん妄体験は苦痛である

対象：せん妄の体験を記憶していたがん患者54人（53.5%）
：家族 75名
：看護師101名

評価 (0-4点)	患者 (N=54)	家族 (N=75)	看護師 (N=101)
非常に辛い (4)	80%	76%	73%
平均 (SD)	3.2 (1.1)	3.8 (0.5)*	3.1 (0.8)
予測因子	妄想	PS	幻覚、 せん妄重症度

*P<.001 (one-way ANOVA)

Breitbart et al, Psychosomatics, 2002

せん妄とは

- 中枢神経系の脆弱性があるところに、身体的・環境的な負荷が加わり、脳が機能的な破綻をきたした状態
- 注意と認知の障害： 意識障害
- 精神運動活動の変化と睡眠覚醒リズムの障害を伴う
- 急性に発症、一時的・可逆的な障害
- 一般的にみられるにもかかわらず、30-60%が見過ごされたり、不適切な治療を受けている

せん妄の疫学

せん妄は頻度が高い

- 入院患者の20-30%に合併する。
医療従事者は誰もが経験する精神症状である
- 認知症をもつ患者では頻度が高まる

せん妄の診断基準(DSM-5)

- 注意の障害（すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）
- その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、もともとなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変動する傾向がある
- さらに認知の障害を伴う（例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）
- 基準AおよびCに示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない
- 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が他の医学的疾患、物質中毒または離脱（すなわち、乱用薬物や医療品によるもの）、または毒物への曝露または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある

せん妄の評価

次ぎの場合、せん妄を疑う

〈本人より〉	<ul style="list-style-type: none"> ●ぼんやりする ●集中できない
〈家族より〉	<ul style="list-style-type: none"> ●最近言っていることがおかしい ●忘れっぽくなっている ●昼はずっととうとうとしており、夜は眠れていない
〈看護師より〉	<ul style="list-style-type: none"> ●点滴中に点滴台を持たずに歩こうとして危険 ●言っていることつじつまが合わない

せん妄の分類

- 過活動型せん妄 (hyperactive delirium) 20%
ルート類の抜去や切断、転倒・転落など問題行動として発見
- 低活動型せん妄 (hypoactive delirium) 30%
混乱・鎮静が中核症状に乏しいため見過ごされる
- 混合型(mixed) 50%

Lipowski et al., 1990

せん妄は見落とされる

	患者 2,721名	
	せん妄あり 239名	せん妄なし 2,482名
看護師の評価		
せん妄あり	19%	4%
せん妄なし	81%	96%

経験に基づく評価では、
看護師はせん妄の70～80%を見落としている

Inouye et al., Arch Int Med 2001

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～1週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
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	関与しない

- 1. 基本知識 編 (180分)
- 2. 対応力向上 編 (480分)
 - (1) 認知症
 - (2) せん妄
- (3) 地域連携
 - (4) 事例検討(認知症、せん妄)
- 3. マネジメント 編 (420分)
 - (1) マネジメント
 - (2) 人材育成
 - (3) GW ①自施設の現状
 - ②人材育成計画の策定

退院支援・調整のプロセス
認知症患者の早期退院が困難になる要因

- 認知症の障害により、治療がスムーズに進まない
- 疾患治療の影響により、退院先が決まらない
- 認知機能の変化・ADLの低下により、家族が介護を引き受け難い状態になる
- 現在の少子高齢化により、介護者となる家族がいない・介護できない状態である

退院支援・調整のプロセス
認知症患者の入院による影響

- 入院は認知症患者にとって極めて非日常である
- 身体症状やせん妄によりそれまでできていたことができなくなる、環境変化などにより、新たなBPSDやせん妄が出現し、認知症が悪化したと間違えられる
- ▼
- 入院による認知症悪化の予防
 - ADL低下の予防

退院支援・調整のプロセス
なぜ情報が必要か

- 退院の目標が、本来のその人の姿を知り、入院前（病状変化前）の生活に戻ること为目标とするため
- 入院時に、さまざまな要因によって出現している症状から、認知症患者の可能性を低く見すぎないようにするため

認知症患者の退院支援・調整について入院時から考え、情報を集め、チームで検討していくことを病棟に根付かせる

認知症患者の退院後の生活を支援するために
本人の情報

退院後の生活のイメージを持つために

- ①入院前（病状変化前）の生活を把握する
- ②身体疾患・生活歴の経時的変化を把握する

入院前の生活に戻ることが退院の目標

* 入院時の状況は、入院前と異なる可能性がある

本人の情報
入院前(病状変化前)の生活／介護認定

- ①入院前（病状変化前）の生活状況
 - ・ どこで、誰といても何をして生活していたのか
 - ・ 利用介護サービス、近所付き合い、安否確認
 - ・ 病気に対する理解
 - ・ 本人の思い→人の世話になりたくない
- ②介護認定の状況を把握する
 - 要介護度、申請の必要性、担当ケアマネジャー

本人の情報
できる能力と支援

③できる能力と支援の把握

- ・ADL：身のまわりのこと
食事 排泄 更衣 清潔
- ・IADL：生活支障＝独居機能の評価
買い物 調理 金銭管理 服薬管理 電話

認知機能障害、加齢による機能低下、環境によって
できること・支援が必要なことは個人で違う

リハビリの早期介入と退院後の継続の検討

本人の情報
必要となる医療・処置とその実現性

④必要となる医療・処置とその実現性を把握する

- 医療・看護処置、薬の管理は“誰が”“どこで”するのか
* 入院目的の疾患以外の既往疾患の管理を忘れない
* 投薬をほとんど受けたことがない高齢者の薬の管理

在宅 ⇒ 本人・家族・かかりつけ医、訪問診療、
訪問看護・デイサービス看護師

施設 ⇒ 施設医師・看護師・通院・往診

本人の情報
今後の見通し

⑤今後の見通しについて

認知症の進行、身体疾患の出現、慢性疾患
の悪化による変化の可能性

⇒ 生活は変化が起こった時、どこで・どのように
して継続していくのか。

- 本人の意向は
- 家族の希望は

本人以外の情報：在宅からの入院の場合
家族状況、介護体制、家族の思い①

①家族状況、介護体制、家族の思い

- ・ 独居、同居（同居はしていないが、決定権を
持つ家族、同居していても介護していないなども）
- ・ 健康状態、病気に対する理解力
- ・ 経済状況
- ・ 家族の思い
→ 介護は家族がするものという抱え込みや
何で自分だけがこのような思いをするのか
という孤独感など

本人以外の情報：在宅からの入院の場合
家族状況、介護体制、家族の思い②

①家族状況、介護体制、家族の思い（続き）

情報を得るにあたっての配慮

- ・ 家族の心情を聞く機会をつくる
- ・ 時には家族各々に対応する

本人以外の情報：在宅からの入院の場合
住宅環境

②住宅環境について把握する

- ・浴室
 - ・トイレ
 - ・家屋内の移動
- ※便利な環境も良いが、慣れた環境を設定
(患者の療養生活および家族等による介護のしやすさ、しづらさ)

GW事例①：急性期領域

- 環境変化によるBPSDの悪化
(安静保持困難、転倒・転落、ルート類抜去など)
- 事故防止のための身体拘束
- 常時見守りが出来ないことによる治療継続の困難
- リスク対応による合併症の併発や倫理面などの問題
- 認知症の診断がついていない患者については、家族の病態理解が得にくく、退院が困難
- 入院治療を終えても、退院や転院が進まない現状
(認知症症状の進行、ADLの低下)
- 家族の受け入れ困難に対する対策など

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携

(4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

GW事例②：回復期・慢性期領域

- 排泄、食事などADLは自立できているが、入院や治療に対する理解が得られず、リハビリや服薬のコントロールが図れないなどの治療継続困難
- 離棟、離院などの防止対策、他患者とのトラブル（もの盗り、暴力）、大声を発するなど周囲への影響や個室対応も出来ず、現場は疲弊している現状 など
- 生活の保障や倫理的問題
- 嚥下障害への対応策 など

認知症ケアにおけるアセスメントの目的

- 多面的、包括的に情報収集し、認知症者を全人的に理解する
- 治療可能な健康上の問題を見だし、その能力を發揮した生活が送れるように支援する
- 個別の課題やニーズを明らかにし、認知症者と家族にとって最も重要なことに焦点を当てた具体的なケア計画を考案する

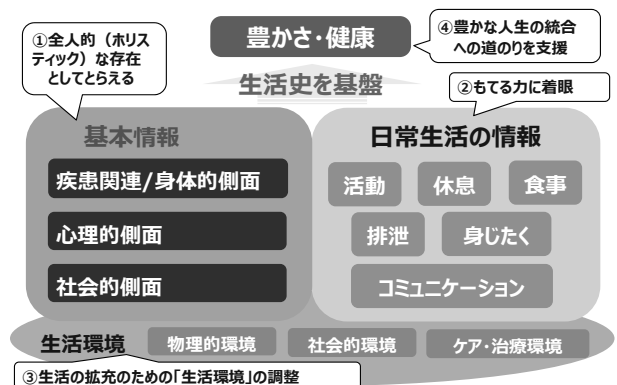
出典：山田律子・井出訓編＝生活機能からみた老年看護過程＋病態・生活機能関連図，医学書院，2008

認知症者のアセスメント

- 認知症者が病棟に入院してきた時、「今回入院に至るまでの経過」、「既往歴」、「家族歴」、「入院することや医師からの病状や治療方針の説明をどのように受け止めているか」、「入院前の日常生活の様子」、「入院時のバイタル・サインズ」の情報を収集する
- その際、現疾患とその症状に関する情報だけではなく、認知症者が入院前にどのような生活・人生を送ってきた、いかに活動、休息、食事、排泄、清潔、コミュニケーションをしていたのかという生活行動の情報にも目を向けることが大切

参考：山田律子・井出訓編＝生活機能からみた老年看護過程＋病態・生活機能関連図，医学書院，2008

認知症ケアにおけるアセスメントの視点



参考：山田律子・井出訓編＝生活機能からみた老年看護過程＋病態・生活機能関連図，医学書院，2008

アセスメントに必要な情報

基本情報

疾患関連/身体的側面	現病歴、既往歴、検査、治療と副作用、退院後の予定 運動機能、感覚・知覚、認知機能
心理的側面	健康知覚・意向、自己知覚、価値・信念、気分・情動、信仰
社会的側面	役割・関係、家事・学習、趣味、社会参加、社会資源の活用

日常生活の情報

活動	行動範囲、移動能力、安全性
休息	睡眠、活動と休息
食事	食事指導、食欲・嗜好、認知、栄養状態、体格、水分摂取、摂食行動、食べ方、嚥下、満足感
排泄	認知、尿意・便意、排尿、排便、排泄動作
身じたく	清潔、身だしなみ、更衣
コミュニケーション	意欲、メッセージの理解、送受信機能、言語・非言語メッセージ

参考：山田博子・井出訓福＝生活機能からみた老年看護過程＋病態－生活機能関連図，医学書院，2008，

アセスメント

- どのような疾患があるか
 - 身体的な状態はどうか
 - 心理的な状態はどうか
 - 社会的な状態はどうか
 - 日常生活の状態はどうか
 - 生活環境（物理的環境、社会的環境、治療・ケア環境）はどうか
- 認知症者の情報
- 認知症者を取り巻く環境
- 検証
- 日常生活場面でどのような援助が必要であるか、現時点での状況を把握する

ケア計画の立案①

ケア目標

- 認知症者が主語となるように表現する
 - 例) × 尿意があるときはトイレへ誘導する
 - 尿意があるときはトイレで排尿できる
- 客観的に評価できるように表現する（例：時間の計測等）
 - 例) × 姿勢が崩れない
 - 座位時，15分以上姿勢が崩れない
- 1つの目標に2つ以上の要素を盛り込まない
 - 例) × 移乗動作が安定し、尿失禁の回数が減る
 - 1) 移乗動作が安全に行える
 - 2) 日中の尿失禁回数が減る（現在、日中2～3回）
- 評価日（中間評価・最終評価）を記入する
- ケアを実施した結果，変化・維持が期待できる内容にする

ケア計画の立案②

実施計画

- 目標達成に向けた具体的な方策について科学的根拠も含めて記載する（他者のスタッフが、この計画内容を見てあなたと同じケアができるよう具体的に記載する）
- 障害された部分だけでなく、もっている力にも着目して観察内容やケア内容などを過剰書きする。
- 認知症者や家族の希望や意思を最大限に取り入れる
- 内容によっては、図や表でわかりやすく示す（例：トイレへの移動時の車いすの位置、足の位置など）
- 連携・協働する多職種（家族を含む）を記載する
- 本人や家族が見て納得できる計画になっているか点検する（“～させる”など使役形の表現は使わない）

ケア計画の立案③

評価

- 目標の達成度（達成・部分達成・未達成）を判定できるような認知症者の主観的データや客観的データを記載する
- 主観的・客観的データを踏まえて、実施したことが認知症者の生活にどのように作用したのかを考察する
- 計画はこれで終了なのか、もしくは修正／追加／継続が必要なのかを検討する
- 検討した結果、計画の修正／追加が必要な場合は、日付を明記した上でケア計画に変更点を記載する

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

(1) マネジメント

- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

ねらい

施設全体および部門ごとのマネジメント(人員、環境、情報管理等)の実践的な対応方法およびスタッフ研修計画策定や教育技法等の教育技能を習得する

認知症ケアマネジメントの柱

- 1) 医療安全の推進
- 2) 認知症ケアの充実と入院長期化の回避

そのための方法論を紹介するとともに、各施設および部署の状況に合わせた方法を開発・普及できるようにする。

1) 医療安全の推進

1)-1 認知症患者の医療安全の現状と課題

〈現状〉

医療事故を回避するための方策として、認知症患者の行動を制限することが第一選択となっている

↓
根本的な解決策になっていない

〈課題〉 認知症患者の医療安全を推進するには・・・

- ① 認知機能障害について理解し、個々に合ったケアプランを立てる
- ② 医療事故のケースを通して自施設および自部署の傾向を分析
⇒「医療・ケア体制」の改善
認知症患者を取り巻く「環境」を整える

1)-2 医療安全を推進する方法

① 事故のリスクをアセスメントし、評価する

● 認知症の有無	得ておきたい情報
認知症の診断あり	・認知症疾患の種類 ・認知症の重症度 ・認知症の中核症状と生活機能障害の程度
認知症の診断なし	・認知機能障害の有無 (加齢変化との関連、身体疾患との関連)

- せん妄の有無
入院前と入院後の認知機能の比較
せん妄の特徴的な症状の有無 (I 基本知識・II 対応力向上編参照)

※これらのアセスメントは、入院時にすることが望ましい

リスクのアセスメント

どのようなリスクが予測されるのかをアセスメントする

↓
認知症およびせん妄に伴うさまざまな症状によって、どのようなリスクが予測されるのか

- ① 認知症の症状(中核症状)にともなって予測されるリスク
- ② BPSDの出現によって予測されるリスク

看護計画の立案

個々の患者の状態に合った看護計画を立案する

〈看護計画立案に必要な視点〉

- ・リスク(低下している機能)のみではなく、維持されている機能についても共有できるようにする

認知機能は、身体症状や環境によって左右される
従って、前記①②は適切なケアや治療により、回復する可能性がある

「一見、失われた機能と以为ていても、回復しうる」という見込みを持ってかわることが重要

行動制限に関する看護計画立案・評価について

身体拘束を行う場合の3つの要件に沿った評価を行う

切迫性	利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
非代替性	身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと
一時性	身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

急性期病院では身体疾患の治療が優先される場合が多く、「切迫性」は高いしかし、治療を効果的に進めることで事故のリスクは減少
早期退院をめざしADL拡大するには、あくまでも「一時性」であることを認識し、身体拘束の解除を考える必要がある
身体拘束に替わる方法（「代替案」）をすぐに考える

行動制限に関する 医療チームによる定期的な評価①

〈必要な手続き〉

- 医師による必要性の判断
報告する際、「切迫性」があるか、「代替」となることはないか、などアセスメントした内容を報告する
- 医療チームでのケア方法の検討
- 本人・家族の承諾

形だけの手続きにならないようにする！

行動制限に関する 医療チームによる定期的な評価②

〈必要な評価〉

必要性についての定期的な評価を行う

- カンファレンスの時間の確保と周知方法の検討（時間、回数、人数など）
- 他職種の参加：リハビリスタッフなど
- 万が一、身体拘束が必要と判断した場合も、漫然と継続しないような取り組み
- 身体拘束以外の事故予防の対策、ケアを積極的に進める

1)-2 医療安全を推進する方法

② 認知症患者に関連した医療事故の振り返りを行う

〈振り返りの重要な視点〉

- 認知症およびせん妄を含めた認知機能障害のアセスメントはできていたか
 - アセスメントに伴ったリスクは予測されていたか
 - リスクを回避するための先回りのケアとして、何が必要であったか
- ・先回りのケア ≠ 危険を予測して早めに身体拘束すること
・環境調整・かわりの工夫で、落ち着かなくなる誘因を取り除く
= 先回りのケア（認知症ケア）

事故の振り返りも認知症ケアの学びの場に

1)-2 医療安全を推進する方法

③ 医療事故のデータから自施設の傾向を把握

- 院内共通の方法でデータ収集・分析し、各部署の傾向を把握する

〈分析方法の例〉収集したデータを以下の2つのカテゴリに分けてみる

- ① 「認知症の中核症状に関連した危険行動」
例：転倒・転落、離院・離棟、ルート類の自己抜去など
- ② 「医療者の行動にともなう事故」
例：医療機器の操作ミス、患者の取り違え、食事や薬物の提供ミスなど

それぞれの傾向を分析することで、課題がみえてくる

教育のプロセス

- 教育のプロセスは、計画 plan、実施 do、評価see の一連の過程である。
- その中で一番重きをおかれるのが指導計画であり、重要な位置づけにある

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

指導案とは

- 指導案とは研修を行う時の指導計画である。
- 研修全体がみえるものでなければならない。
- 指導者の知識と努力の結集として表現されたものである。
- 指導案は仮説であり、学習者との関わりで修正されるものである。
- 指導するテーマの単元の指導計画、日案、週案、月案、年次計画など様々なレベルで使われる。

指導案作成の流れ

- 学習者観 (どのような準備性がある学習者か)
- 教材観 (この学習をするにあたって、この教材を用いることの意味)
- 指導観 (上記を踏まえてどう教えるのか)
- 目標 (何をどこまで)
- 指導内容の抽出、教える順序
- 指導計画の立案
- 評価計画

教材に関する方略 (教材観) ①

step1. 教材の収集

- 既存のテキストや参考書、自身の看護経験など具体的な場면을収集する

step2. 教材の整理・分析

- 収集したものを読み比べ、共通に記載されている内容や重要だと思われる内容、そこでしか学べないものを抽出し整理する

教材に関する方略 (教材観) ②

step3.教材・題材の解釈

- 抽出した認知症ケアに関する教材について、主要な内容を抽出する
- つまり、今学んでもらおうとしていることは、認知症ケア実践にとってどのような内容なのか、何が必要なのか…考える

教材に関する方略（学習者観）

- 学習者の認知症ケアに関する実態や傾向を、指導テーマの内容に関連づけて把握する
- 学習者の認知症に関する興味や関心、問題意識、知識や技能の有無、発達段階、生活経験などを把握する
- つまり、学習者はこれまで認知症ケアに関して、どのような学習や看護経験があり、認知症ケアを学ぶことは、どのような意味づけがあるのか

教材に関する方略（指導者観）

- 認知症ケアに関する学習内容に意欲と関心をもって知識・技術・態度についての学習に取り組んでもらうための、教える側の指導方針

指導目標

- 認知症ケアに関する研修のねらいを目標として表現したものである
- 指導観から目標設定をする方法がわかりやすい
- 指導目標は、①どんな内容を、②どのようにして、③どのくらい、④どんな諸能力をのばすか、の4つの視点から押さえる

指導内容の抽出、教える順序

- 指導内容の抽出は、認知症ケアに関する研修の指導目標との関係を考える
- 教材の構造化とは指導内容間の関係を表したものである
- 指導順序は教材構造図が資料となる

指導内容の例



指導計画を作成する

- 指導計画とは認知症ケアに関する研修を全体をどう展開するのかの計画である
- 指導計画は次の視点から検討する
 - ・ 指導上の小単位をつくり、主題名をつける→指導順序を決める→指導のねらい、主な指導内容を決める→時間を配分する→指導方法を検討する
- 作成にあたっては、研修の設定理由（学習者観、教材観、指導者観）や指導目標などを考慮する
- 学習者の反応を確認し、計画を微調整しながら実施する

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

組織を分析する

- PPM (Product Portfolio Management) 分析
- SWOT分析
- マッキンゼーの7Sによる分析
- 組織現象の統合的コンティンジェンシー・モデルによる分析

医療現場で多く用いられているSWOT分析を紹介

SWOT分析とは

- 1970年代初頭に、経営学者ケネス・R・アンドリュースが提唱した、組織のビジョンや戦略を立案する際に使用する現状分析の手法である
- SWOTとは分析の枠となる“Strength”、“Weakness”、“Opportunity”、“Threat”の4つの頭文字を並べたものである

内部環境要因 (病棟内)	強み (S)	弱み (W)
	組織のもっている強みは？	組織のもっている弱みは？
外部環境要因 (病棟外・院外)	機会 (O)	脅威 (T)
	組織を成長させていくために利用可能な環境要因は？	組織が成長していくうえで妨げとなる環境要因は？

図：SWOT分析の基本フレームワーク

SWOT分析の例

例：看護部目標→医療事故を防ぎ、安全で安心できる質の高い看護を提供する

内部環境要因 (病棟内)	強み (S)	弱み (W)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急入院を受けて、患者増に貢献している ・ スタッフの転倒防止に対する意識が高い ・ 安全リンクナースが活躍して、レベル0～1のインシデントレポートが増加した ・ 安全管理の研修会への参加率が高い ・ 入院時、転倒転落アセスメントシートを活用し、実施率が90%である ・ 認知症高齢者の大腿骨頭部骨折用バスを作成中である ・ 医師と関係がよい ・ 認知症看護認定看護師がいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床利用率80.2%、平均在院日数20.5日である ・ 後方連携病院がなく退院調整が困難である ・ 認知症高齢者の入院が多く、転倒アクシデントが病棟全体の40%を占める ・ 転倒転落予測アセスメントシートが複雑で時間がかかる ・ 認知症や在宅支援に関する看護師の知識が不足している ・ 新人看護師の転倒リスクのアセスメント力が弱い
外部環境要因 (病棟外・院外)	機会 (O)	脅威 (T)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携室と連携がよい ・ 認知症ケア加算が新設された ・ 登録医制度をとっている ・ キャリア開発システムが確立している ・ 病院機能評価の更新がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院にリアルタイムに対応できないときがある ・ 高齢化が進み認知症高齢者が増加する ・ 退院調整がますます困難になる ・ 合併症をもつ認知症高齢者の入院が増加する ・ 退院先がなく急性期病院として機能しなくなる

出典：原玲子,看護部長・主任のための成果のみえる病棟目標の立て方,P62-63,日本看護協会出版会,2010。一部改変

クロスSWOT分析の方法

- 「強み×機会」は、機会を利用して強みをさらに強化する「積極的戦略」は何かを検討する
- 「強み×脅威」は、強みを活かし独自の戦略でチャンスをつくる「差別化戦略」を考える
- 「弱み×機会」は、弱みを改善・克服する機会を逃さないためにはどうしたらよいかを検討する
- 「弱み×脅威」では、病棟の弱みのために最悪の事態が起こらないように回避策を検討する

病院の理念や看護部の目標を具現化していくために、病棟で重点的に取り組むべき課題を検討する

クロスSWOT分析の例①

例：看護部目標→医療事故を防ぎ、安全で安心できる質の高い看護を提供する

内部環境要因 (病棟内)	強み (S)	弱み (W)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急入院を受けて、患者増に貢献している ・ スタッフの転倒防止に対する意識が高い ・ 安全リンクナースが活躍して、レベル0～1のインシデントレポートが増加した ・ 安全管理の研修会への参加率が高い ・ 入院時、転倒転落アセスメントシートを活用し、実施率が90%である ・ 認知症高齢者の大腿骨頭部骨折用バスを作成中である ・ 医師と関係がよい ・ 認知症看護認定看護師がいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床利用率80.2%、平均在院日数20.5日である ・ 後方連携病院がなく退院調整が困難である ・ 認知症高齢者の入院が多く、転倒アクシデントが病棟全体の40%を占める ・ 転倒転落予測アセスメントシートが複雑で時間がかかる ・ 認知症や在宅支援に関する看護師の知識が不足している ・ 新人看護師の転倒リスクのアセスメント力が弱い
外部環境要因 (病棟外・院外)	機会 (O)	脅威 (T)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携室と連携がよい ・ 認知症ケア加算が新設された ・ 登録医制度をとっている ・ キャリア開発システムが確立している ・ 病院機能評価の更新がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院にリアルタイムに対応できないときがある ・ 高齢化が進み認知症高齢者が増加する ・ 退院調整がますます困難になる ・ 合併症をもつ認知症高齢者の入院が増加する ・ 退院先がなく急性期病院として機能しなくなる

出典：原玲子,看護部長・主任のための成果のみえる病棟目標の立て方,P62-63,日本看護協会出版会,2010。一部改変

クロスSWOT分析の例②

	積極的戦略	差別化戦略
強み (S)	「強み」を強化して「機会」を利用するための積極的取組みは？ <ul style="list-style-type: none"> 医師、PT、認知症看護認定看護師と協力して認知症高齢者の大腿骨頭部骨折用の地域連携バスを完成させ利用する 認知症高齢者の早期退院支援のためのチームカンファレンスを実施する 登録医制度を活用し、地域との交流の機会をつくる 	強みを活かして独自の戦略でチャンスをつくる「差別化戦略」を考える <ul style="list-style-type: none"> 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する
弱み (W)	「弱み」を改善・克服しながら「機会」を利用するためには <ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者が転倒のする要因を分析して、予防策を検討する 転倒転落予測アセスメントシートの見直しを行う 事例を用いて認知症高齢者の理解を得るための学習会を行う 新人看護師の転倒リスクのアセスメント力を高める学習会を行う 在宅ケアに関する知識向上の機会を卒ご教育プログラムに取り入れる 	「弱み」と「脅威」から起こり得る最悪の事態を回避するための方策は？ <ul style="list-style-type: none"> 病院・開業医・訪問看護ステーション等と連携して退院先を確保する

出典：原玲子,看護師長-主任のための成果のみえる病棟目標の立て方,P62-63,日本看護協会出版会,2010. 一部改変

クロスSWOT分析の例③

	積極的戦略	差別化戦略
強み (S)	「強み」を強化して「機会」を利用するための積極的取組みは？ <ul style="list-style-type: none"> 医師、PT、認知症看護認定看護師と協力して認知症高齢者の大腿骨頭部骨折用の地域連携バスを完成させ利用する→優先 認知症高齢者の早期退院支援のためのチームカンファレンスを実施する→優先 登録医制度を活用し、地域との交流の機会をつくる→看護部に提案 	強みを活かして独自の戦略でチャンスをつくる「差別化戦略」を考える <ul style="list-style-type: none"> 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する→優先
弱み (W)	「弱み」を改善・克服しながら「機会」を利用するためには <ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者が転倒のする要因を分析して、予防策を検討する→優先 転倒転落予測アセスメントシートの見直しを行う→優先 事例を用いて認知症高齢者の理解を得るための学習会を行う→優先 新人看護師の転倒リスクのアセスメント力を高める学習会を行う→優先 在宅ケアに関する知識向上の機会を卒ご教育プログラムに取り入れる→看護部に提案 	「弱み」と「脅威」から起こり得る最悪の事態を回避するための方策は？ <ul style="list-style-type: none"> 病院・開業医・訪問看護ステーション等と連携して退院先を確保する→優先

出典：原玲子,看護師長-主任のための成果のみえる病棟目標の立て方,P62-63,日本看護協会出版会,2010. 一部改変

GWの進め方①

看護部目標・病棟理念→現状分析のテーマ

内部環境要因	強み (S)	弱み (W)	
	①	②	
外部環境要因	機会 (O)	脅威 (T)	
	③	④	
重点課題検討フレーム		外部環境分析	
	機会	脅威	
	③	④	
内部環境分析	強み	積極的戦略	差別化戦略
	①	⑤	⑥
	弱み	弱み克服策	最悪事態回避策
	②	⑦	⑧

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW ①自施設の現状
②人材育成計画の策定

研修体制づくりと企画に向けて①

- 組織の理念や法令にもとづき、研修の基本方針を確立する
- 多職種で構成された研修委員を設置し、定期的に会議を開催する
- 施設の事業計画の柱のひとつに研修をおき、施設内研修や外部研修を企画する
- 施設内外の研修についての情報が、すべての職員に伝達できるような仕組みをつくる

研修体制づくりと企画に向けて②

- 研修内容は全職種共通で理解すべきものと個々の職種の専門性に応じたものの双方が必要である
- 実務に直結した日々の業務のなかでの教育(OJT : on the job training) も十分に活用する
- 研修の有効性を評価するためにPDCAサイクルを活用する

研修の企画・実施のポイント

研修が認知症ケアの質の向上に結びつくように

- 職員のニーズに合ったテーマ
- 日々の業務に生かせるような具体的内容を選択
- 計画的・体系的に実施

研修内容を検討するうえでの視点

- 施設およびそれぞれの部門の目標と達成状況
- 施設基準などで求められる認知症ケアに関する知識
- 全職員に共通して必要とされる認知症ケアの知識・技術
- それぞれの職種に必要とされる認知症ケアの専門的知識・技術
- 職員一人ひとりの認知症ケアの経験や能力
- 職員からの要望

研修の企画 (施設内研修) ①

研修会の目的

- どのような目的で、研修会を行なうのか

研修テーマ・内容

- 研修会の目的に沿ったテーマ・内容であるか
- 自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、時代のニーズに合っているか

講師

- 研修目的・テーマに即した講師であるか、内部講師か外部講師か

研修対象者

- どの職位、職種、職務経験別か合同で実施するのか

研修の企画（施設内研修）②

研修日程

- いつ、どの程度の時間で何回行なうのが効果的で、目的に沿っているか

研修時間帯

- どの時間帯なら対象とする職員が受講可能か、業務内か、業務外か

研修方法

- 講義形式、グループワーク、実技など、どの方法が最も研修目的を達成するのに適しているか

研修費用・評価

- 研修予算に見合った費用か
- アンケート、関係者からの聞き取り、費用対効果など

研修の企画（施設外研修）①

研修会への派遣目的

- なぜ、この研修が必要なのか、参加の目的をあらかじめ明確にする
- 全国規模の研修会などの場合は、人材育成にも配慮する

研修テーマ・内容

- 自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、時代のニーズに合っているか

講師

- 研修目的・テーマに即した講師であるか

研修の企画（施設外研修）②

研修受講者

- どの職種の誰が受講することが効果的か

研修日程

- 研修日程は内容に見合っているか、業務上、参加可能な日程か

研修費用・評価

- 研修費用は適切か、予算の範囲内か、出張など業務扱いか
- 関係者からの聞き取り、費用対効果など

研修結果の評価

研修結果を評価し、次年度の計画に反映する

- 研修会ごとに研修委員会で評価する（研修会委員や関係者による質的な評価、受講した職員アンケートから見る評価など）

質的評価：受講した職員の反応や、研修後のケアや意欲の変化など、数字では表しにくい重要な情報が得られる

アンケート評価：研修内容が興味や関心に沿っていたか、テーマや講師の選定が適切であったかなどに加えて、開催の時期や回数・時間、今後のケアに役立つ内容であったかなどの情報が得られる

GWの進め方（研修企画書）

1 目的	どのような目的で、研修会を行なうのか
2 テーマ	表題を記入
3 背景	自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、時代のニーズ等
4 具体的内容	自施設における認知症ケアの課題や職員の関心事、時代のニーズに合っているか、プログラムの骨子
5 日時	時期、何月頃、平日か、休日か、時間は
6 実施場所	会場はどこ 院内、院外
7 講師	院内講師か院外講師か
8 受講対象者	誰に、人数
9 実施プラン	どのように実施するか、全体の計画
10 予算費用	研修予算に見合った費用か
11 研修効果	どんな効果が期待できるか
12 評価方法	研修の評価方法どのようにするか

4 かかりつけ医認知症対応力向上研修（改訂）

かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材については、計 2 回の分科会での検討の中で、(1)診断基準等の新しい情報の反映、(2)制度・施策に関する要修正項目の対応 を行った。

(1) 新しい情報の反映

- 前回改訂後、2013 年 5 月に米国精神医学会によって認知症の診断基準として DSM-5 が示された点をスライドに反映させた。それに伴いアルツハイマー型認知症の診断基準、血管性認知症の診断基準についても情報を合わせる修正を行った。
※分科会での議論により、「DSM-5 は 研修教材として最新情報を提供する趣旨で取り上げたものであり、DSM-IV-TR からの変更等を明示するものではない。」との注意書きを解説に付記することとなった。
- 「かかりつけ医の役割」編では、分科会委員および日本医師会のご協力を得て、かかりつけ医の役割、かかりつけ医に対する国民のニーズ、かかりつけ医に求められる認知症の診療、の各スライドについて、新しい調査結果や公表された提言などを反映させた。
- その他、認知症サポート医養成研修の教材のうち、かかりつけ医にとっても有益である情報について、追加して編集した。（修正したスライド(抜粋)は 77 ページ以降を参照）

(2) 制度・施策に関する要修正項目の対応

- 認知症の人の将来推計について最新の数値を反映させ、2015 年 1 月に公表された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）も編集した。
- 介護保険制度改正・介護報酬改定によるサービス名称の変更や、新しく導入されるサービス、地域支援事業の再編にも対応させた。（修正したスライド(抜粋)は 80 ページ以降を参照）

かかりつけ医 認知症対応力向上研修

1. かかりつけ医の役割 編
2. 診断と治療 編
3. 連携と制度 編

平成27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）
 由科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
 既存研修分科会 編

かかりつけ医の役割 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
 かかりつけ医ができることを理解する

到達目標：

- 認知症対応としてのかかりつけ医の役割について理解する
- 認知症の人と家族への支援の現状を理解する
- 専門医・専門医療機関・介護サービス諸機関との連携の重要性について理解する

<役割-1>

かかりつけ医とは

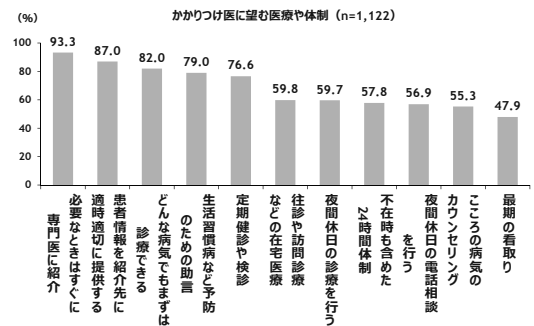
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、
 必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、
 身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的
 な能力を有する医師

（2013年8月8日「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言）

<役割-2>

かかりつけ医に対する国民のニーズ

Q あなたは、かかりつけ医にどのような医療や体制を望んでいますか。



「第5回 日本の医療に関する意識調査」日医総研WP No.331 より

<役割-4>

かかりつけ医の役割

- 早期段階での発見・気づき役になる
- 認知症に対する相談や心配に適切な対応をする
- 日常的な身体疾患への対応、健康管理を行う
- 家族の介護負担、不安への理解を示し、精神的支えとなる
- 専門医との適切な連携構築と治療を行う
- 適切に専門医療機関への受診誘導を行う(医療連携)
- 地域の認知症介護サービス諸機関との連携ができる(多職種協働)

出典：「かかりつけ医のための認知症マニュアル」平成27年3月31日発行
 編 公益社団法人日本医師会 監修 西島 英利 著 瀬戸 裕司、遠藤 英俊、池田 学

<役割-6>

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数/(率)	462 万人 (15.0%)	517 万人 (15.7%)	675 万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525 万人 (16.0%)	730 万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380 万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による連絡稿

<役割-7>

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの基本的考え方

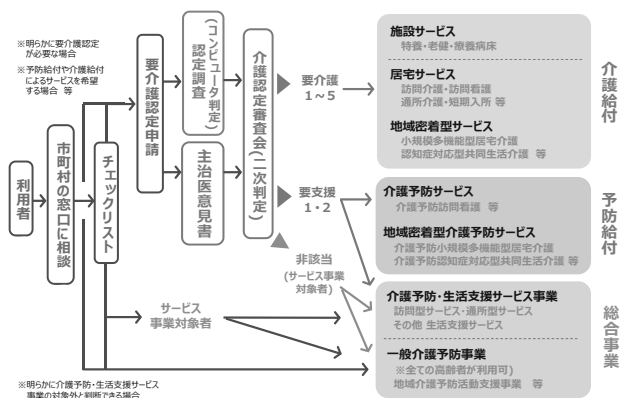
認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

<役割-10>

介護サービスの利用の手続き



<役割-16>

かかりつけ医に求められる認知症の診療(まとめ)

- 認知症の人に気づく
- 認知症の人を受け入れる
- 認知症の人の家族を気遣い支える
- 地域でみることを意識する

どこまで診断し治療するかは、診療科や地域の資源等の状況によるが、今後は診断・治療が求められる。

診断と治療 編

ねらい：認知症診断・治療の原則を理解する

到達目標：

- 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる
- 認知症の診断の方法と手順を説明することができる
- 認知機能障害への薬物療法、行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を説明することができる
- 治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解している

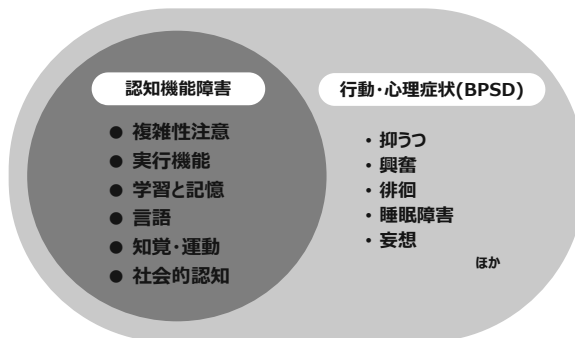
<診断と治療-1>

新しい認知症の診断基準(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。

<診断と治療-2>

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



<診断と治療-3>

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

(n:465)

- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった ... 74.6%
- 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) ... 52.9%
- 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった ... 46.7%
- クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった ... 29.5%
- 服薬がきちんとできなくなった ... 28.4%
- ふさぎこんで、何をするのも億劫がり、嫌がるようになった ... 26.5%
- 気候に合った服を選んではいけないようになった ... 19.6%
- 入浴しても洗髪は困難になった ... 13.5%

公益社団法人 認知症の人と家族の会「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

<診断と治療-5>

DSM-5 (米国精神医学会診断統計便覧第5版) による
アルツハイマー型認知症の診断基準

- A major neurocognitive disorder の基準を満たす
- B 少なくとも2つ以上の認知機能の障害が潜行性に出現し、徐々に進行する
- C 次のどちらかがあてはまる
 1. 家族歴が遺伝子検査から Alzheimer's disease の原因遺伝子変異が存在する証拠がある
 2. 下記の全てがあてはまる
 - a. 詳細な病歴や経時的な神経心理検査で、記憶・学習と他の認知機能の低下の明確な証拠がある
 - b. 認知機能が長く安定していることがなく、確実に、徐々に悪化している
 - c. 認知機能障害の原因となり得る他の神経変性疾患、脳血管疾患、神経/精神/全身疾患や状態がない
- D その障害が脳血管疾患、他の神経変性疾患、薬物等の影響、他の精神/神経/全身疾患によるものとして説明できない。

<診断と治療-11>

行動障害型 前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)

前提：観察または病歴から行動及び/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち 3つを認めれば possible bvFTD

- A 早期からの行動の脱抑制
- B 早期からの無関心または無気力
- C 早期からの共感または感情移入の欠如
- D 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動
- E 口唇傾向や食事の変化
- F エピソード記憶や視空間認知機能の保持と実行機能の障害

さらに、以下の全てを認めれば probable bvFTD

- A possible bvFTD の診断基準を満たす
- B 有意な機能低下が介護者の報告や質問票で明らか
- C 画像 (MRI、CT、PET、SPECT) が bvFTD に一致している

<診断と治療-13>

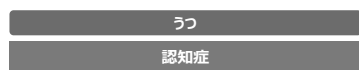
DSM-5 (米国精神医学会診断統計便覧第5版) による
血管性認知症の診断基準

- A major neurocognitive disorder の基準を満たす
 - B 臨床的特徴が以下のどちらかによって示唆されるような血管性の病因に合致している
 1. 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
 2. 複雑性注意(処理速度を含む)と前頭葉実行機能の障害が明らかである
 - C 病歴、身体診察、および/または神経画像検査から神経認知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
 - D その症状は他の神経疾患や全身疾患でより良く説明されない
- 以下のうち一つはあてはまる。
- 1 臨床症状が神経画像検査での脳血管疾患による脳組織の障害の所見によって支持される
 - 2 神経認知障害が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
 - 3 臨床的および遺伝的に脳血管疾患である証拠がある

<診断と治療-31>

うつ病と認知症の関係

1 独立した疾患としてのうつ病 ▶ 認知症との鑑別が問題に



2 認知症に先行するうつ状態 (DLBで時に見られる) ▶ 今後 認知症が出てくるかもしれない



3 認知症の症状としてのうつ状態 ▶ 今 認知症があるかもしれない



<診断と治療-39>

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガラタミン	リバステグミン
作用機序	AChE* 阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE* 阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与方法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	2-3
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ漸増法が承認 (2015)

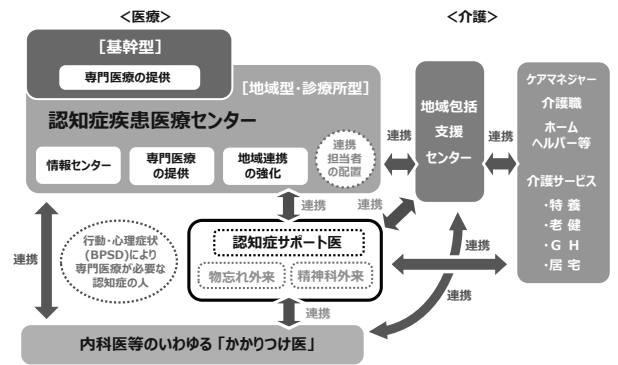
<診断と治療-41>

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)

<連携と制度-12>

認知症疾患医療センターの機能と連携



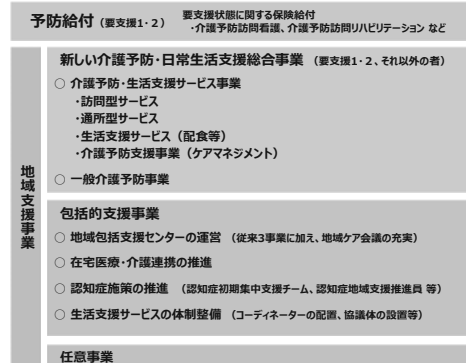
<連携と制度-19>

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
 - 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問看護）
 - 小規模多機能型居宅介護
 - 地域密着型通所介護（H28.4～）
 - 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など
- 施設サービス
 - 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
 - 介護療養型医療施設（～H30.3末）

<連携と制度-20>

予防給付と地域支援事業



<連携と制度-21>

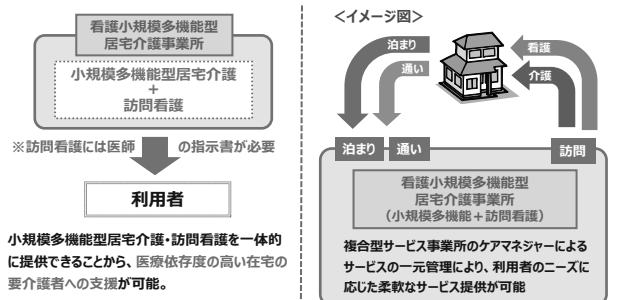
地域密着型サービス

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、介護報酬が設定可能
 - 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（H28.4～）
 - 認知症対応型通所介護
 - 小規模多機能型居宅介護
 - 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
 - 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
 - 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
 - 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問看護）

<連携と制度-24>

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できるサービス
- 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



Ⅲ 歯科医師・薬剤師認知症対応力向上研修 伝達講習会

平成 28 年度から都道府県・指定都市事業として行われる歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修について、企画および講師等を担当頂く歯科医師・薬剤師および行政担当者を対象に、研修の趣旨、実施方法、また、研修内容の説明のための講習会を実施した。

具体的な研修の企画・実施には、都道府県等の歯科医師会、薬剤師会等の関係機関との調整が必要となることが想定され、講習会への出席にあたって十分な調整期間を確保する観点から、早めの案内をするとともに、委員会委員を通じて歯科医師会および薬剤師会にも参加者選定に協力頂きたい旨の依頼をした。

事業日程等の関係から、両研修についてそれぞれに講習会を実施することが難しかったため、研修趣旨や実施方法にかかる部分、前述したカリキュラムの構成上、共通する「認知症の基礎的知識」と「連携および制度・施策」に関する部分をプログラム前半で共同実施とし、後半では、歯科医師会場・薬剤師会場に分割した上で、それぞれの専門部分を中心とする講義内容の説明を行った（伝達講習会カリキュラムを参照）。

47 都道府県と 20 指定都市のうち、全都道府県を含む 56 地域から、計 181 名の参加があった。職種別では、各都道府県等から歯科医師・薬剤師・行政担当者それぞれ 1 名ずつの申込みを原則としたこともあり、ほぼ均等の 60 名前後の構成であった。

講師は、本事業および研修事業の所管である厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室の水谷室長（研修趣旨）、委員会委員長である国立長寿医療研究センター長寿医療研修センター長の遠藤英俊先生（研修実施方法、共通講義）、歯科医師会場は分科会委員である日本歯科医師会地域保健委員会副委員長の羽根司人先生、薬剤師会場は委員会委員である日本薬剤師会常務理事の有澤賢二先生に担当頂いた。

講義は、作成途上であったため、各講義ともスライドの投影およびハンドアウト資料にとどめ、DVD 教材も最終のナレーション・テロップ処理前のもので実施した。また、講義後は、平成 28 年度からの研修実施・運営面に関するものから、研修(講義)内容に関するものまで、幅広く活発な質疑が行われた。

以下、伝達講習会のカリキュラム（当日資料から）、研修趣旨および実施方法・共通講義部分のスライド抜粋、受講後に実施した受講者アンケートの結果について整理する。

平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

**歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業**

伝達講習会 資料

- ◆ 研修趣旨 1
- ◆ 講義と開催のポイント／共通講義 9
- ◆ 歯科医師認知症対応力向上研修 23
- ◆ 薬剤師認知症対応力向上研修 53

平成 28 年 2 月 27 日（土）

於：フクラシア品川クリスタルスクエア

（実施主体：合同会社 HAM 人・社会研究所）

伝達講習会のスケジュール（タイムテーブル）

	歯科医師研修	薬剤師研修
12:55	事務連絡 〈5〉	
13:00	① 研修趣旨 〈20〉 講師：厚生労働省健康局総務課認知症施策推進室 室長 水谷 忠由	
1 共通 (合同)	② 講義と開催のポイント 〈10〉 講師：本事業委員会委員長 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター長 遠藤 英俊	
	③ 共通講義（基本と連携・制度）〈40〉 講師：本事業委員会委員長 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター長 遠藤 英俊	
14:20	質疑 〈10〉	
14:20 40	休憩・移動 〈20〉 薬剤師研修受講の方は移動をお願いします ※講義時間中の移動も可能ですが、出入りの際は講義に十分配慮下さい。	
14:40	④-1 歯科医師研修伝達講義 〈100〉 講師：事業分科会委員 （公社）日本歯科医師会 地域保健委員会副委員長 羽根 司人	④-2 薬剤師研修伝達講義 〈100〉 講師：事業委員会委員 （公社）日本薬剤師会 常務理事 有澤 賢二
2 専門 (分割)	●カリキュラムの概要説明 ●「かかりつけ歯科医の役割」編を中心とした伝達講習 (DVD 教材の視聴を含む)	●カリキュラムの概要説明 ●「対応力編(①薬学的管理、②気づき・連携)」を中心とした伝達講習 (DVD 教材の視聴を含む)
16:40 (予定)	質疑 (10~20)	質疑 (10~20)

※本日の講義スライドは未定稿（伝達講習会版）であり、正式な研修教材は本年度の事業成果物として都道府県・指定都市にお送りする予定（4月下旬）です。伝達講習会版のスライドのご提供はできません。

※アンケート（教材へのご意見や講義内容へのご質問）は、お帰りの際に、机の上に置いたままとして下さい。

歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修について

平成28年2月27日



厚生労働省 老健局 総務課
認知症施策推進室長 水谷 忠由

我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について

認知症サミット日本後継イベント [平成26年11月6日]

～安倍総理大臣の挨拶より～

そこで、私は本日ここで、**我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定しよう、厚生労働大臣に指示をいたします。**我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、**新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします。**

～塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

【新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方】

- ① 早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
- ② 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること
- ③ 認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること



認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン） [平成27年1月27日]

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加（2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ (新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

- 七つの柱
- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
 - ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 - ③ 若年性認知症施策の強化
 - ④ 認知症の人の介護者への支援
 - ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
 - ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
 - ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

【参考】 認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

【日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究】(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成21年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数(千人)	462	517	602	675	744	802	797	850
		15.7%	17.2%	19.0%	20.8%	21.4%	21.8%	25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数(千人)	462	525	631	730	830	953	1016	1154
	15.0%	16.0%	18.0%	20.6%	23.2%	25.4%	27.8%	34.3%

Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

- ・ 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供
- ・ 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- ・ かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- ・ 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- ・ 認知症疾患医療センター等の整備
- ・ 認知症初期集中支援チームの設置

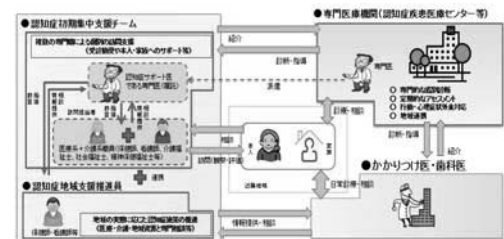
【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)
 現行プラン：2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン：60,000人
 【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)
 現行プラン：2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン：5,000人
 【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)
 新プラン：2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症初期集中支援チームの設置>

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。
 このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業

【実績と目標値】 2015(平成27)年度見込み 306市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- ・ 看護職員の認知症対応力向上 ・認知症リハビリテーションの推進

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- ・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ 認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ 医療・介護関係者等との情報共有の推進
- ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
- ・ 地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)
新プラン：2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応<BPSDへの対応>

- 認知症の人に行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応を固定化されないように、退院・退所後も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提供される循環型の仕組みを構築。その際、認知症の専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。【厚生労働省】

①行動・心理症状(BPSD)

- 行動・心理症状(BPSD)は身体的要因や環境要因が関与することもある。
- 早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状(BPSD)を予防。行動・心理症状(BPSD)が見られた場合も的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を第一選択とするが原則。
- 専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場と長期的・継続的な生活支援サービスを提供する場の適切な役割分担が望まれる。
- 入院が必要な状態と併せて明確化することは困難であるが、①妄想(被害妄想など)や幻覚(幻視、幻聴など)が目立つ、②些細なことでも反り、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・着立が自立しなくなる等により、本人等の生活が阻害され、専門面による医療が必要とされる場合が見られる。

②身体合併症

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、認知症の人の個別性に合わせた対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われず、認知症の容態が急進してしまふような事例も見られる。
- 入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる専門職員は、医療における認知症への対応力を高める。

○「かかりつけ医のためのBPSDに対応する調剤・薬物使用ガイドライン」等の普及

○ 地域における退院支援・地域連携ケアリテラブルの作成を進め、精神科病院等からの円滑な退院や在宅復帰を支援

○ 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修を推進

○ 介護老人保健施設等の先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションを推進

【目標】(新設)
(27年度)
看護職員の認知症対応力向上を図るための研修の在り方について検討
(28年度以降)
関係団体の協力を得て研修実施

【事業名】一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修事業
【実績と目標値】
2014(平成26)年度末実績 22,096人 ⇒ 2017(平成29)年度末 87,000人

歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修について

<認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)から抜粋>

第2 具体的な施策

2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備

○ このためには、「1. 認知症への理解を深めるための普及・啓蒙の推進」に掲げた施策のほかに、まず何よりも身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要である。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進めるほか、認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)
2013(平成25)年度末実績 38,053人 ⇒ 2017(平成29)年度末 60,000人
* 高齢者人口約600人に対して1人のかかりつけ医が受講するという基本的考え方を約500人に1人に引き上げ、2017(平成29)年度末50,000人の目標を60,000人に上方修正。

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)
2013(平成25)年度末実績 3,220人 ⇒ 2017(平成29)年度末 5,000人
* 一般診療所(約10万)25か所に対して1人のサポート医を配置するという基本的考え方を20か所に1人に引き上げ、2017(平成29)年度末4,000人の目標を5,000人に上方修正。

○ また、かかりつけ機能に加えて地域の医療機関、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局も、認知症の早期発見における役割が期待される。歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門職が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する。このため、歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

【歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修(仮称)】(新設)
2015(平成27)年度 研修の在り方について検討
⇒ 2016(平成28)年度～ 関係団体の協力を得て研修実施

平成27年度 老人保健健康増進等事業
歯科医師・薬剤師・看護士および急性期病院従事者等への認知症対応力向上研修
教材開発に関する調査研究事業



○親委員会メンバー 【敬称略、委員五十音順】

委員長	遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター 研修センター長
委員	有澤 賢二	日本薬剤師会 常任理事
委員	小川 朝生	国立がん研究センター 東病院 精神腫瘍学開発分野長
委員	齋藤 訓子	日本看護協会 常任理事
委員	鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事
委員	中川 龍治	日本精神科病院協会 高齢者医療介護保険委員長
委員	深井 雅博	日本歯科医師会 常務理事
委員	丸山 泉	全日本病院協会 常任理事
委員	鷲見 幸彦	国立長寿医療研究センター 副院長

平成27年度 老人保健健康増進等事業
歯科医師・薬剤師・看護士および急性期病院従事者等への認知症対応力向上研修
教材開発に関する調査研究事業



○歯科医師分科会メンバー

枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター 自立促進と介護予防研究チーム
羽根 司人	はね歯科医院 院長
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター 研究所社会科学研究系専門副部長
三木 昭代	三木歯科医院 院長
鷲見 幸彦	国立長寿医療研究センター 副院長

○薬剤師分科会メンバー

高橋 学	有限会社イクス(安田調剤薬局) 代表取締役
土居 有子	株式会社アインファーマシーズ 上席役員
宮野 廣美	株式会社メディックス(伊奈オーリーブ薬局) 取締役
鷲見 幸彦	国立長寿医療研究センター 副院長

【敬称略、委員五十音順】

現時点での研修プログラム内容(案)及び経費等

	歯科医師	薬剤師
研修日数	200分程度	200分程度
スライド内容	1) 基礎知識 (※かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材を基に作成) 2) かかりつけ歯科医師の役割 3) 連携・制度	1) 基礎知識 (※かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材を基に作成) 2) 対応力 ① 薬学的管理 ② 気づき・連携 ③ 制度
DVD作成	歯科診療と薬剤管理の場面等を設定し、「歯科医師の対応(3場面)/薬剤師の役割」の映像教材を作成	
★本日も開催	<ul style="list-style-type: none"> ・日時: 平成28年2月27日(土)13:00～16:40 ・場所: フラシア品川クリスタルスクエア ・対象者: 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修の企画及び講師等としてご協力をいただく歯科医師・薬剤師及び行政担当者 	
伝達講習会	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療介護総合確保基金(介護分)の対象事業(認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業) ・実施主体: 都道府県・指定都市 	
平成28年度予算		

歯科医師、薬剤師認知症対応力向上研修 講師養成のための伝達講習会

平成27年度 老人保健健康増進等事業
歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業

委員長 遠藤英俊（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター）

研修目的・現状

- 認知症対応力向上研修
（まずは、「認知症の人を断らない」から、
そして、「積極的に対応する・つなぐ」へ）
- 先行する研修
（かかりつけ医研修、病院医療従事者研修）
- 実績と新オレンジプランにおける目標
- 歯科医師、薬剤師が加わった背景

実施方法

- 企画・計画的な実施
- 講師（医師会や行政との協力）
- 実施単位（県全域～市町村単位）
- 時間配分（濃淡をつけた講義）
- 教材（標準教材+α）

講義のポイント（総論）

- 目的に鑑みた講義
⇒ ◎対応力向上 ▲専門知識の習得
- 知識(基礎・連携)と実践(対応)
⇒ 標準カリキュラムの3編構成の理由
- 課題
 - ① 演習の導入
 - ② 継続研修のビジョン

歯科医師・薬剤師 認知症対応力向上研修

1. 基本知識 編
2. かかりつけ歯科医の
役割 編
3. 連携・制度 編

1. 基本 編
2. 対応 編 ①服薬管理
②気づき・連携
3. 制度 編

《2016年2月27日 伝達講習会版》

平成27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）
歯科医師、薬剤師および看護職員・急性期病院の認知症対応力向上研修に関する研究事業
歯科医師分科会・薬剤師分科会 編

歯科医師認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

- 早期発見・早期対応の重要性 および、
認知症の人と家族の生活を支える知識
と方法を習得する
- 認知症の人への対応の基本と歯科診療
の継続のための方法を習得する
- 認知症診療、ケア、連携に関する基本的
な知識を得る

研修全体の目的・意義

- 認知症の病態、治療・ケア、連携に関する基本的な知識を習得する
- 認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医や関係機関等と連携して対応できる力を習得する
- 認知症の人の状況に応じた服薬指導等を適切に行い、認知症の人と家族の生活を支える方法を習得する

基本知識 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために認知症対応の基本知識を習得する

到達目標：

- 認知症の現状や病態やその特徴を理解できる
- 認知症診療・ケアの概要・プロセスを理解できる

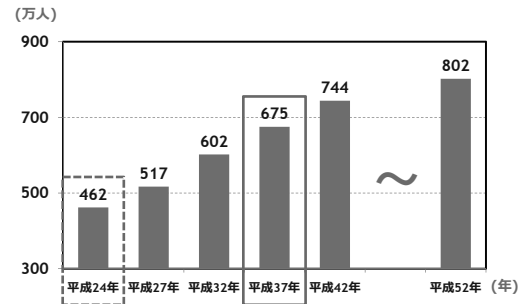
基本 編

ねらい：認知症の人を知り、薬剤師の役割を理解する

到達目標：

- 認知症施策(新オレンジプラン)を理解できる
- 認知症の概要を理解できる
- 薬剤師の役割について理解できる

認知症の人の将来推計について



出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 - (3) 早期診断・早期対応のための体制整備
歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修(仮称) 新設
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったことがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

出典：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き」1999を改変

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は現れるものではない。
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の半分以上を占める
- 病理学的には、アミロイドの蓄積 ⇒ 老人斑を形成 ⇒ タウの細胞内への蓄積 ⇒ 神経原線維変化
- 最初に起こる症状は 記憶障害 である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れが目立つから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- 忘れていたことを「取り繕い」をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと（物盗られ妄想）が見られることがある。

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。
 - 認知機能症状 初期には記憶障害よりも、遂行障害や問題解決能力の低下、構成障害や視空間認知障害、注意の障害がめだつ
 - 精神症状 リアルで具体的な幻視や妄想
 - パーキンソン症状 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる
 - 自律神経症状 たちくらみ、排尿障害、失神
- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、症状の変動が大きく現れる。（数分から日の単位まで多様）

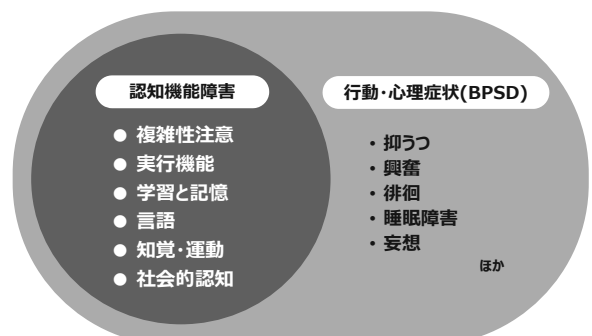
前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、人格や行動の変化 がみられる（自らをおさえることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲がなくなるともなる等）
⇒行動変容型前頭側頭型認知症
- 側頭葉が障害されると、言葉の障害が初期から目立ってくる
 - ◎言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒進行性非流暢性失語
 - ◎言葉の意味が失われる（「電車って何ですか」など）
⇒意味性認知症

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)して起こる
 - 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などをキチンと治療し、規則正しい生活をする事で、発症や進行の予防が可能
- [特徴]
- ◎症状が突然現れたり、段階的に悪化・変動したりする。
 - ◎認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロールができないなどの随伴症状が早期から見られる。

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



軽度認知障害とは

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

出典：Petersen RC et al. Arch Neurol 2001

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないかと不安」に答え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」という誤解に対応していくこと

観察のポイント（アセスメント）

記憶障害

最近の記憶 食事の内容／受診の交通手段、目的／家族との外出など
昔の記憶 生年月日／出生地／学校時代の話など

見当識障害

・今日の年月日、曜日、午前・午後
・自宅の住所
・今いる場所の認識
・家族の認識

判断・実行機能障害

・気候にあった服を着ているか
・適切に着替えをしているか
・雨天時に傘をもっていか
・料理の味付けはどうか
・いつも同じ料理ばかりではないか
・(本人への質問) 火事に出会ったらどうするか

認知症のスクリーニングのためのアセスメントツール

〈質問式〉

- ① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
- ② ミニメンタルステート検査 (MMSE)

〈観察式〉

- ① DASC-21 (The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items)
- ② 初期認知症徴候観察リスト (OLD)

連携・制度 編

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

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ歯科医の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護の仕組みの概要を説明することができる

制度 編

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

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ薬剤師の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護の仕組みの概要を説明することができる

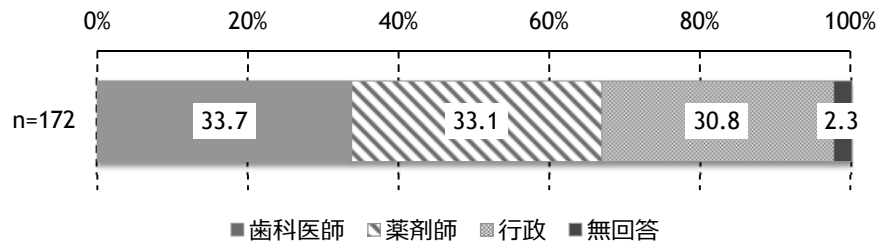
早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

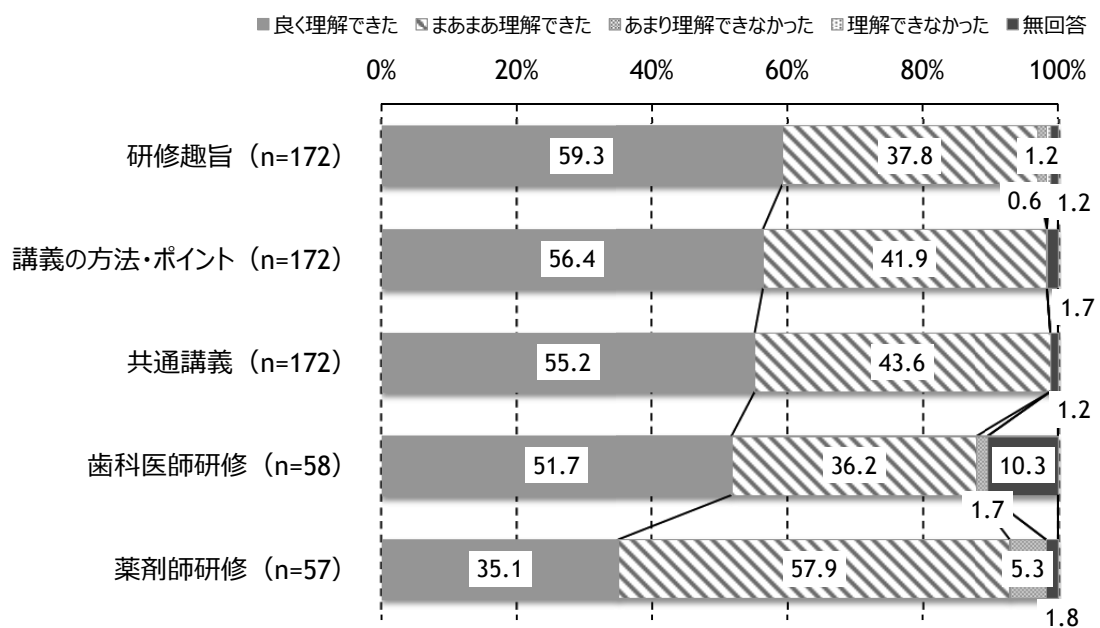
伝達講習会 受講者アンケート（速報）

◇実施日 平成28年2月27日（土）
 ◇受講者 181名（アンケート回答者172名）

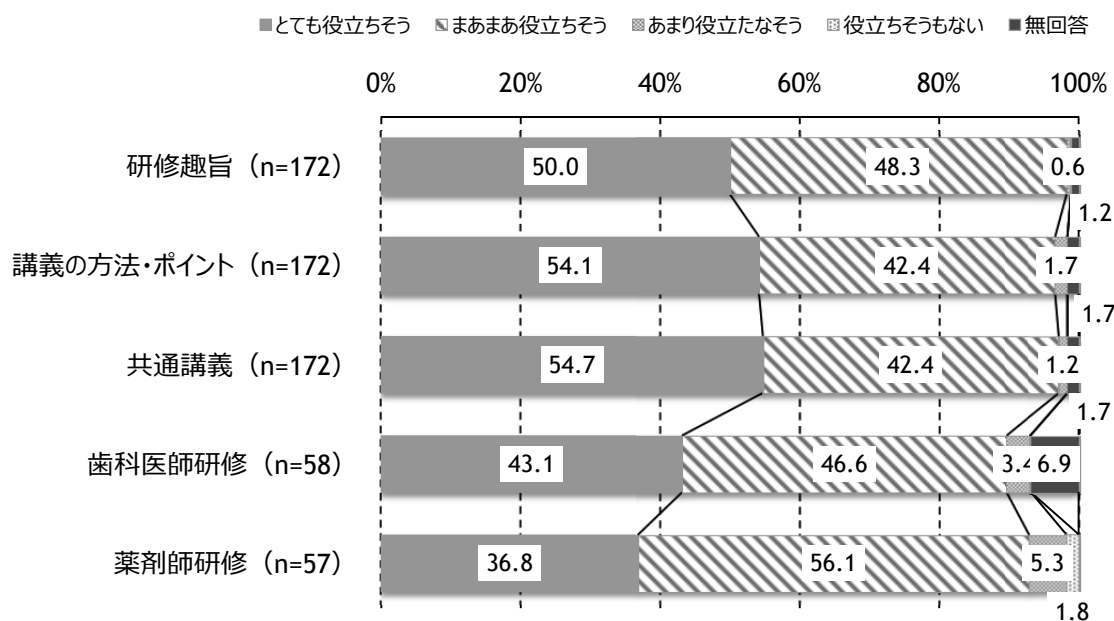
1 職種



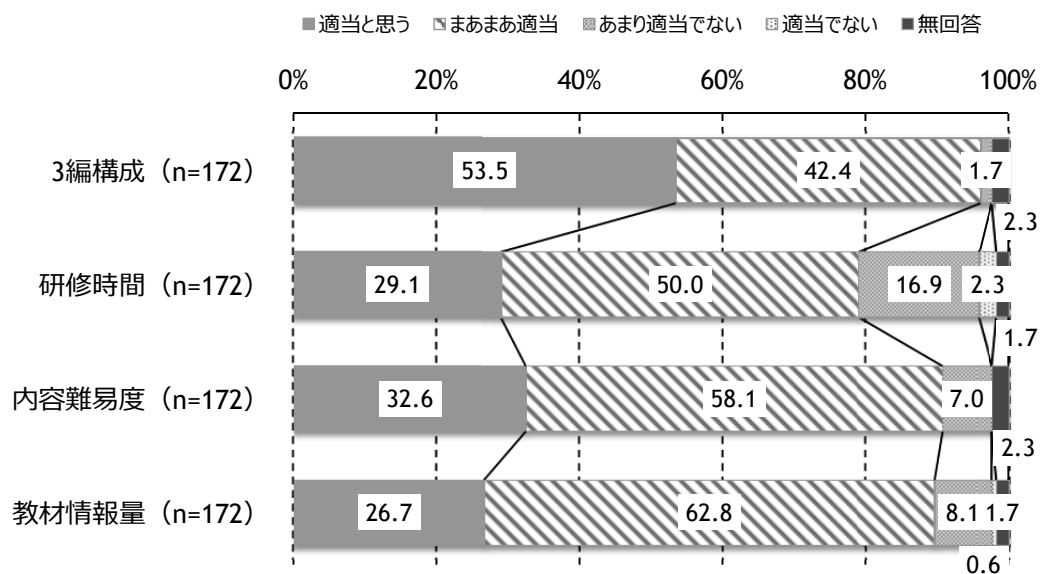
2-1 研修の理解度（伝達講習内容が理解できたか）



2-2 研修講師への役立ち度（研修講師を行うにあたって役立つ内容であったか）



2-3 研修内容の評価（研修カリキュラムや教材についての評価）



3 ご意見（研修についてのご意見・ご要望） ～主な記述回答を抜粋

【歯科医師】

理想的な歯科診療（対応）と認識しました。現実的に考えますと、保険診療との関係はどうなるのか、少し話があっても良いと思う。また推測すると、通院を止めてしまう、また、訪問診療を拒否するケースが多いと思われる。対応はどうする（どう考えるか）。

必要などこだと思うし、よい内容だと思う。

歯科医師は、認知症患者の食支援をどう行うか（どう介入するか）、という視点でも確認していく必要があると思います。

伝達するには内容が多く、荷が重い感じがした。参考図書など教えていただけるとありがたい。

スライドについて、内容的に同じような表現の繰り返しが多かったため、少し整理して頂けるとよいかと思います。

かかりつけ歯科医の役割編については、各医院、ケースによって対応は異なるため、あえて必要性を感じない。認知症対応力向上研修を受講する立場から見た場合、私個人的には認知症の基本知識（原因、診断、治療法などの医学的知識や見解）や、制度政策の概要について、歯科医師として知っておくべきこと、今後多職種連携の中で必要となる事について、習得できる研修会であってほしいと思う。

内容的にもう少し突っ込んだ、方法論まで含めたものがあつた方が、理解が進むと思います。

県で研修会を行った時に、質疑で不明な点があつた時の、回答のフォローを継続して行っていただきたい。

【薬剤師】

パワーポイントの、細かな解説をつけていただけるとの事なので、なるべく、わかりやすく作成していただけると助かります。また、時間の目安も、示していただけると助かります。

具体的にどう対応すべきか、講師側もより学ぶ必要があると感じました。

できましたら、この研修を受けたら、認定認知症薬剤師として認定証を出してほしいです。そうすることによって、伝達講習に来る薬剤師が増えると思います（特にかかりつけ薬剤師としても）。

もう少し、対応編の内容を充実して欲しかった。今の内容では、かなり初歩的なものになってしまったと思う。

共通講義との重複内容は省いて、実践に限りなく近い型で行ってほしかった。送られてくる資料を見ないと何ともいえないが、今日この状態で帰って、伝達講習を行うイメージもできないし、不安が大きい。

DVDは非常にわかりやすく、よかったです。窓口での対応の細かいところを、もう少し説明があるといいかと思ひます。いくつかのパターンがあつてもいいと思ひます。

不明瞭なところもあつた。完成されていないので、難しかったのかもしれないです。

DVDのintroduction時、narration時のBGMは不要では。案外に耳障りです（BGMの音が大きすぎる）。その他は良くできていたと思ひました。大まかな内容は良く理解できました。しかし内容が多く、実際に伝達講習する場合、どのような構成にするか、また地域の事情をどう反映させるか頭の痛いところでは。

歯科医師・薬剤師認知症対応力向上研修 伝達講習会アンケート

平成 27 年度老人保健研修事業 薬師主体 合同会社 HAM 人・社会研究所

都道府県・指定都市名	(いづれか1つに○をつけてください)			
お名前	職種	1 歯科医師	2 薬剤師	3 行政

本日の講習会について、大変お疲れ様でした。
伝達講習の講義枚ごとに、内容の理解度、次年度研修への活用、研修教材（スライドやDVD）について、4段階での評価（いづれか1つの数字に○）のご協力をお願い致します。

後半部分は、受講された講習（歯科医師研修または薬剤師研修）についてののみ ご回答下さい。

1. 本日の伝達講習内容の理解について

本日の伝達講習について、“内容を理解できたか”を、1～4の4段階で評価して下さい

項目	よく理解できた	まあまあ理解できた	あまり理解できなかった	理解できなかった
前半				
① 研修趣旨 [厚労省：水谷認知症施策推進室長]	1	2	3	4
② 講義の方法・ポイント [国立長寿：遠藤委員長]	1	2	3	4
③ 共通講義（基本／連携・制度）[同上]	1	2	3	4
後半				
④-1 歯科医師研修 伝達講習 [羽根分科会委員]	1	2	3	4
④-2 薬剤師研修 伝達講習 [有澤委員会委員]	1	2	3	4

2. 次年度から各地域で実施する研修への活用について

本日の伝達講習の内容について、“次年度の研修実施に役立ちそうか”、1～4の4段階で評価して下さい

項目	とても役立ちそう	まあまあ役立ちそう	あまり役立ちそう	役立ちそうない
前半				
① 研修趣旨 [厚労省：水谷認知症施策推進室長]	1	2	3	4
② 講義の方法・ポイント [国立長寿：遠藤委員長]	1	2	3	4
③ 共通講義（基本／連携・制度）[同上]	1	2	3	4
後半				
④-1 歯科医師研修 伝達講習 [羽根分科会委員]	1	2	3	4
④-2 薬剤師研修 伝達講習 [有澤委員会委員]	1	2	3	4

3. 研修内容・教材等について

本日の伝達講習で説明のあった「対応力向上研修」について、1～4の4段階で評価して下さい

項目	適当と思わない	まあまあ適当	あまり適当でない	
① 3 編構成（基本/歯葉専門/制度）は適当ですか	1	2	3	4
② 全体 180～200 分の研修時間は適当ですか	1	2	3	4
③ 研修内容の難易度は適当ですか	1	2	3	4
④ 研修教材(スライド・DVD)に含まれる情報量は適当ですか	1	2	3	4

(裏面に続きます)

4. ご意見（よかった点・悪かった点、要望したい点 など）

歯科医師・薬剤師認知症対応力向上研修について、“ご意見やご要望”がありましたら、ご記入ください

項目	ご意見、ご要望
① 研修の実施方法について（企画、講師、運営等）	
② 研修内容について（全般）	認知症の基本知識や制度・政策に関する部分（本日の共通講義部分）も含めて、以下にご記入ください。
歯科医師 認知症対応力向上研修	
薬剤師 認知症対応力向上研修	

5. 本日の講習内容へのご質問

本日の講習の内容について、“ご質問”がありましたら、ご記入ください。

それぞれの講師に確認の上、都道府県・指定都市経由にて 回答を手配するように致します。

本日の伝達講習会は以上です。お名前記入をご確認の上、机において下さい。
講習会運営およびアンケートご回答に ご協力を頂き ありがとうございます。

IV 考察（次年度に向けた課題）

1 研修教材の継続的なブラッシュアップ

- 本年度、新規に作成した歯科医師、薬剤師認知症対応力向上研修は、かかりつけ医の研修素材の活用など、制作期間との関係から、効率性を重視したプロセスとなった点は否めない。また、現場の歯科医師をはじめ、医師等の評価を反映する十分な時間も取れなかった。予定をした一応のコンテンツには辿り着いたものの、平成 28 年度からの実施において、研修講師また、受講者の意見を取り入れ、継続的なブラッシュアップを行う必要があると考える。
- 看護職員認知症対応力向上研修については、18 時間（3 日間）という重厚な研修内容、かつ、グループワークも含まれることから、教材の評価とその反映・見直しと同様の要請がある。
- 来年度は教材の見直しおよび教材の評価などの十分な情報収集を行い、29 年度の改訂作業に向けた準備を行うべきであろう。

2 研修実施の工夫と受講機会の確保

- 先行するかかりつけ医認知症対応力向上研修では、実施から 9 年を経て 40,000 人近い受講者に至っているが、近年はリピート受講者が多くなり、すそ野拡大につながっていないとの課題もある。
- 歯科医師、薬剤師の同研修についても、都道府県等単位の集合研修の実施に限らず、さまざまな実施方法や案内の工夫によって、十分な受講機会の確保に向けた検討が必要である。

3 看護職員認知症対応力向上研修の伝達講習（説明会）の実施

- 本年度の事業計画との関係で、研修内容等の伝達講習を実施できなかった、看護職員認知症対応力向上研修については、企画立案および講師を担う認知症看護認定看護師等を対象に、早期に同講習を実施する必要がある。
- 同研修は平成 28 年診療報酬改定において、「認知症ケア加算 2」の算定要件となる研修に位置付けられることとなり、それに伴う受講ニーズに対応する必要がある、また、相当の準備・運営を必要とするカリキュラムであることから、単年度の老人保健健康増進等事業の枠組みだけでなく、厚労省や関係団体等を責任主体とした研修実施の支援体制が求められると考える。

4 効果測定の実施（個人の変化、職場の変化、認知症の人の変化）

- 研修の実施にあたっては、実施状況や一定の受講者数の確保のみならず、研修受講後に受講者自身、所属する職場、ケア等が提供される認知症の人・家族に対して、具体的な変化がもたらされたかどうかの効果測定が重要である。
- 受講後一定期間後のアンケートや受講者の周囲の評価・収集などから効果測定を行い、その結果についても、カリキュラムや教材修正の材料として活用していくことが必要と考える。

平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金
(老人保健健康増進等事業分)

**歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業**

平成 28 年 3 月

禁無断転載

合同会社 HAM 人・社会研究所

〒173-0005 東京都板橋区仲宿 52-18 401

mail info@ham-ken.com