



世田谷区福祉人材
育成・研修センター
2025

認知症ケア研修 医学的視点からの理解と支援

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

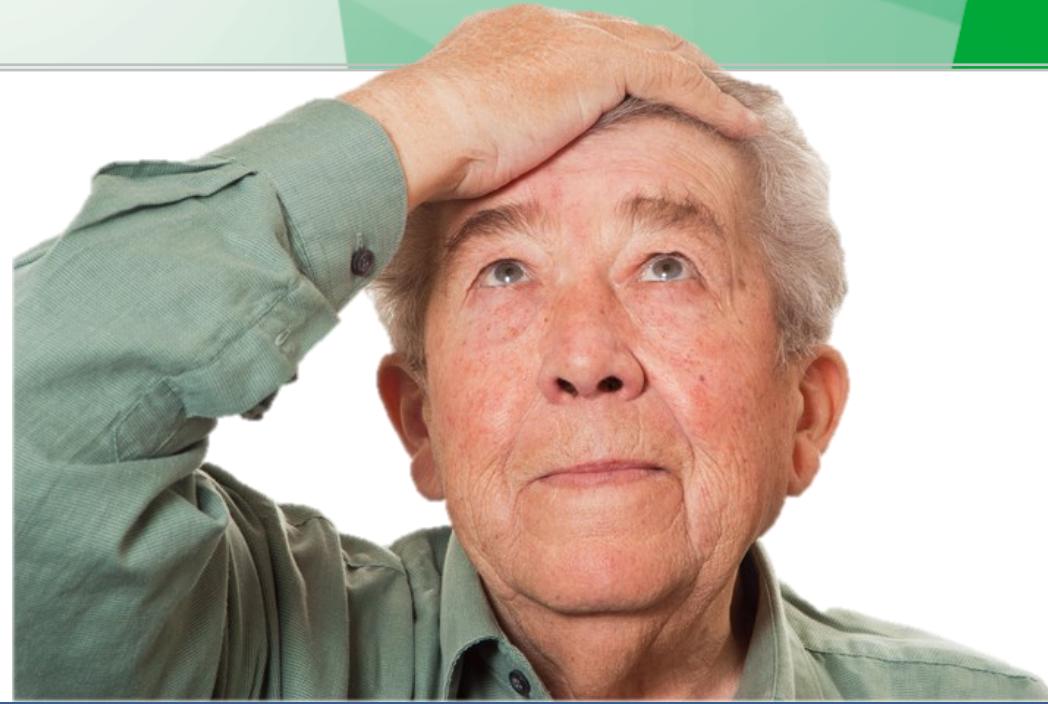
- 1. 認知症の診断と治療**
- 2. 認知症の方への関わり方**
- 3. 認知症の早期支援と緩和ケア**
- 4. 認知症の倫理と意思決定支援**
- 5. 認知症になっても希望の持てる社会を目指して**

認知症ケア研修

1. 認知症の診断と治療

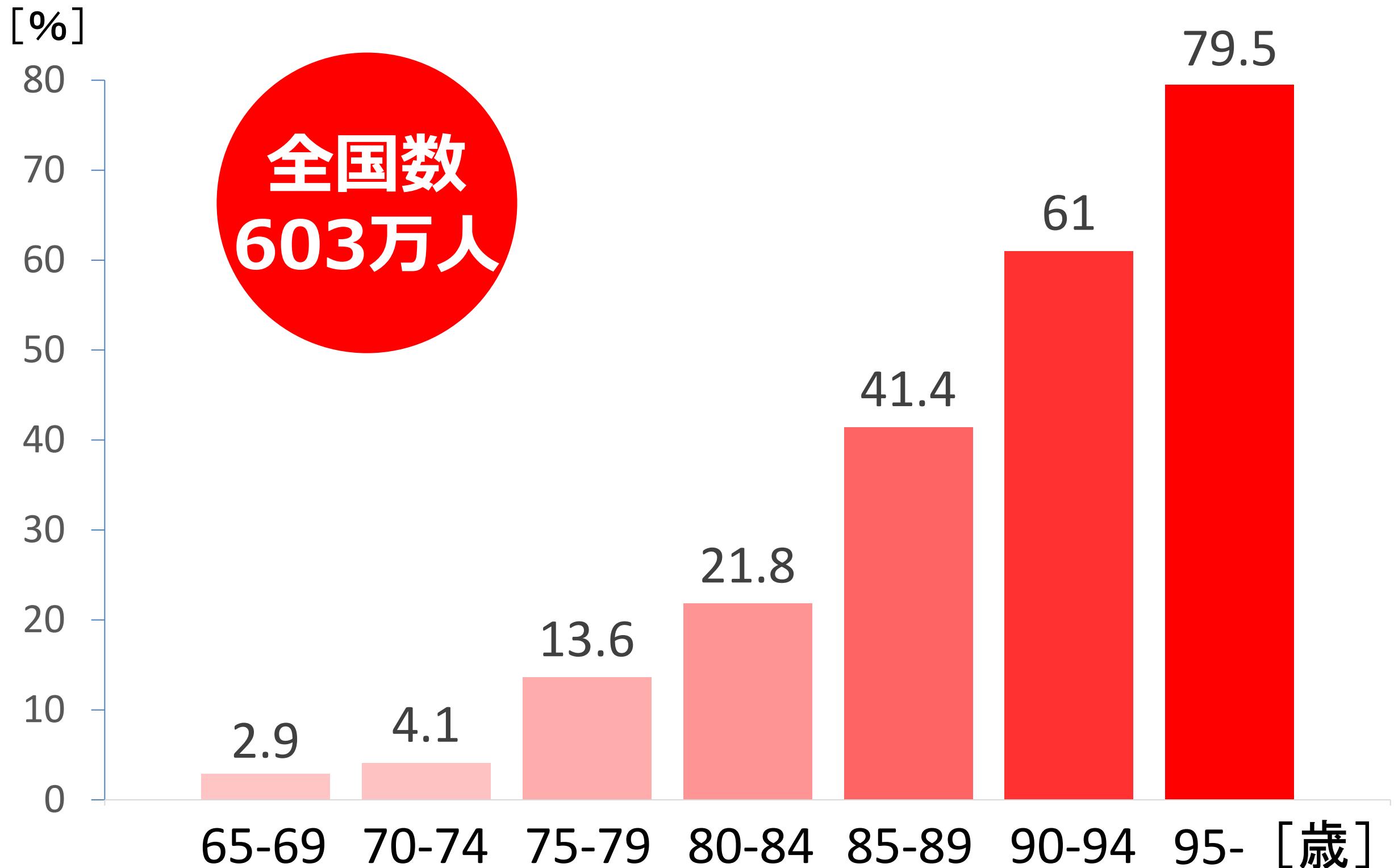
医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

認知症とは？

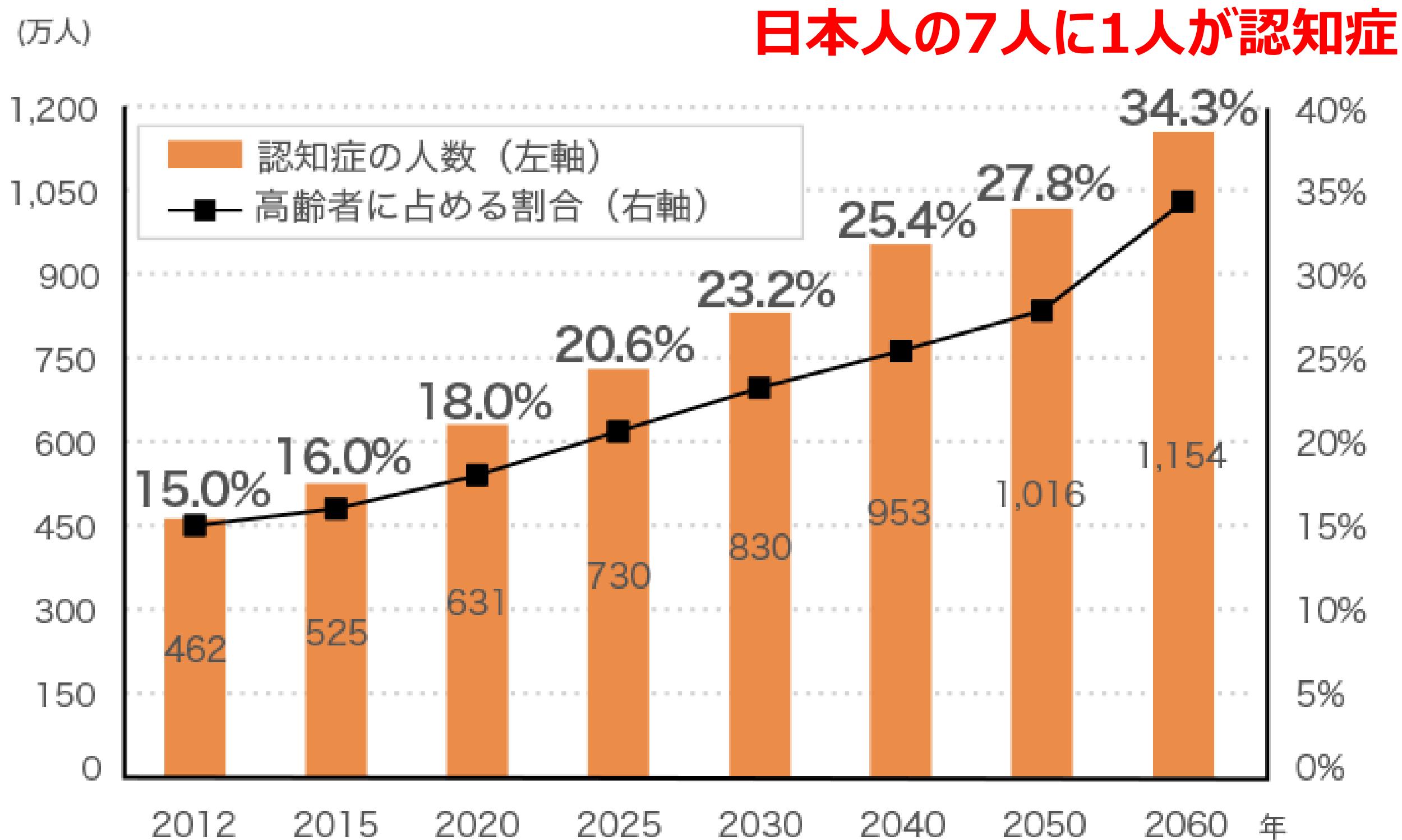


「病気により知的能力が低下し
もの忘れや判断力の低下があるために
日常生活や社会生活に支障を来すように
なった状態」

認知症高齢者の年齢別割合 厚労省研究班推計 2020



日本における認知症の人の将来推計



出典：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（厚労省）

おもな認知症の疾患

| | 認知症疾患 | 認知症状を呈する疾患 |
|-----|-------------|---------------|
| 50% | アルツハイマー型認知症 | 慢性硬膜下血腫、脳腫瘍 |
| 15% | 脳血管性認知症 | 脳炎、髄膜炎、正常圧水頭症 |
| 15% | レビー小体型認知症 | 甲状腺機能低下症 |
| 20% | その他認知症 | せん妄、うつ病 |

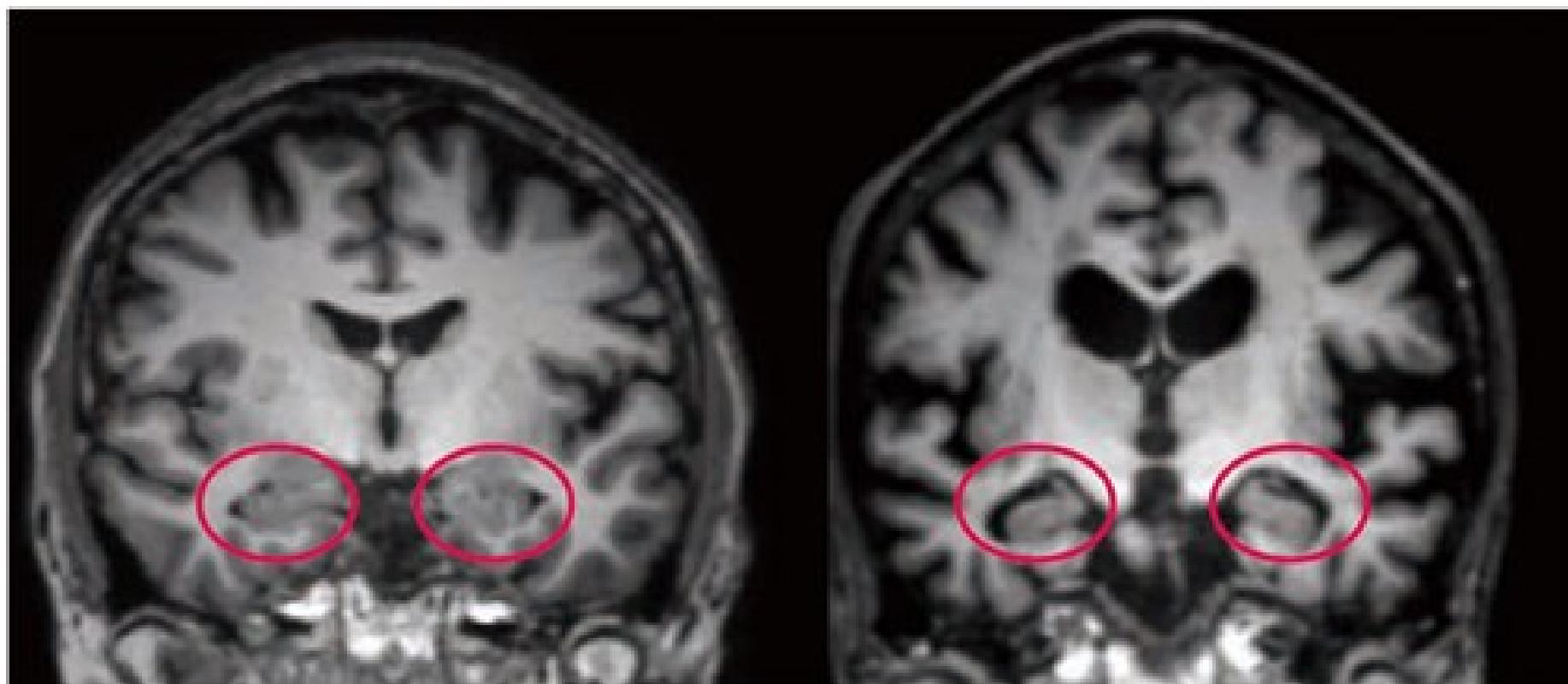


病気の治療で認知症状も良くなる

認知症の診断は総合的に行う

アルツハイマー型認知症 国際診断基準 2011年

- A. 数か月から年単位で徐々に進行
- B. 認知機能低下が検査やエピソードで認められる
- C. 以下の1つ以上の項目で明らかな低下がある
 - a. 物の忘れ b. 物の忘れ以外（言葉の障害、視空間障害、実行機能障害）
- D. 以下の所見がない場合（除外診断）
 - a. 脳血管障害 b. レビー小体型認知症 c. 前頭側頭型認知症
 - d. 意味性認知症 e. その他の内科・神経疾患の存在 f. 薬剤性認知機能障害



正常

アルツハイマー病

加齢によるもの忘れと認知症の違い



| | 加齢によるもの忘れ | 認知症によるもの忘れ |
|--------|-----------------------------|------------------------------|
| 体験したこと | 一部を忘れる (食事のメニューを忘れる) | 全部を忘れる (食べたことを忘れる) |
| もの忘れ | 自覚がある ヒントを与えられると 想起可能 | 自覚がない ヒントを与えられても 想起不可能 |
| 日常生活 | 支障がない | 支障を来す |
| 症状の進行 | 数年ではあまり 変化がない | 1～2年で悪化していく |

認知症の症状（脳の機能局在）

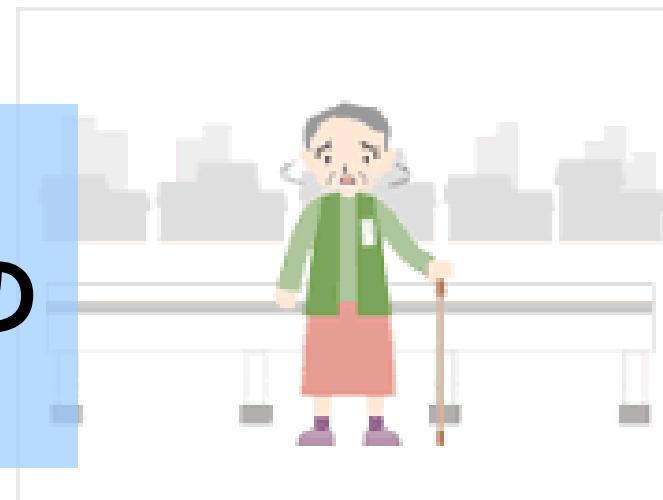
前頭葉

感情の制御・意欲・思考・行動の計画と統制



頭頂葉

時間、場所の認識



海馬
記憶の中樞



側頭葉
言語機能

後頭葉
視覚情報の処理



引用 坂井ら『人体の正常構造と機能』，日本医事新報社，2008，592-593

うつ病と認知症の鑑別

| | うつ病 | 認知症 |
|----------|---------------------|---------------|
| 発症 | 日時はある程度明確、何らかの契機がある | 緩徐なことが多い |
| 経過 | 急速に進行し、日内変動あり | 緩徐で変動が少なく、進行性 |
| 持続 | 数時間～数週間 | 永続的 |
| もの忘れの訴え方 | 強調する | 自覚がない |
| 自己評価 | 自分の能力低下を嘆く | 自分の能力低下を隠す |
| 言語理解・会話 | 困難ではない | 困難である |
| 答え方 | 否定的な答え（「わからない」など） | 作話、つじつまを合わせる |
| 思考内容 | 自責的、自罰的 | 他罰的 |
| 失見当 | 軽度なわりにADL障害が強い | ADLの障害と一致 |
| 記憶障害 | 最近の記憶と昔の記憶が同様に障害 | 最近の記憶の障害が目立つ |

せん妄と認知症の鑑別

| | 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 | 数日～数週間 | 永続的 |
| 知的能力 | 動揺性 | 変化あり |
| 身体疾患 | 合併していることが多い | ときにあり |
| 薬剤の関与 | しばしばあり | なし |
| 環境の関与 | 関与することが多い | なし |

認知機能低下を来しやすい薬剤

向精神薬

抗精神病薬
催眠薬、鎮静薬
抗うつ薬

その他の薬剤

抗パーキンソン病薬
抗てんかん薬
循環器病薬（降圧剤、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス）
鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs）
副腎皮質ステロイド
抗菌薬、抗ウイルス薬
抗腫瘍薬
泌尿器病薬（過活動膀胱治療薬）
消化器病薬（H2ブロッカー、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）

1. 面接：病歴、現症、身体診察

2. 神経心理検査（長谷川式認知症スケール c/o 20/21、MMSE 23/24）

■ 鑑別すべき病態：

正常範囲、加齢性変化、軽度認知障害（MCI）、うつ病、せん妄、アルコール多飲、薬剤性

3. 血液検査、頭部CT or MRI

■ 治療可能な認知症の除外：

脱水症、尿毒症、電解質異常、肝性脳症、高血糖、低血糖、甲状腺機能低下症、Wernicke脳症、ビタミンB12欠乏症、神経梅毒、慢性心不全・呼吸不全、正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫

4. 四大認知症の鑑別

■ 局所神経症状あり：脳血管性認知症、レビー小体型認知症

■ 局所神経症状なし：アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症

■ 典型的なAD以外の場合、さらなる精査のため専門医療機関への紹介を検討

1. 疾患ごとに予測される経過・予後が違う
2. 認知症の中核症状、身体症状、合併症が異なる
3. 疾患ごとに行動心理症状(BPSD)の頻度と種類、治療法が違う
4. 薬剤の副作用の発現
5. 治療や予防が可能な疾患が含まれる
6. ケアの方法や接し方が疾患ごとに違う

認知症を診断することの意味とは？

- 1. 診断や認知機能の評価結果が
「患者の意思決定支援」に生かされること**
- 2. 家族が認知症について学び、理解を深めて
いくような教育的支援に生かされること**
- 3. 医学的アセスメントの結果をケアの現場に
還元し、日々のケアに生かされること**

医学的に何をアセスメントすべきか

1. 認知症の鑑別診断
2. 脳の機能の障害を評価する
3. 強み（ストレングス）や残存機能を評価する
4. ステージを評価する
5. 進行の速度を評価する
6. 全身状態、合併症を評価する
7. 患者の精神世界を理解する
8. 患者のライフヒストリーと価値観を理解する
9. 介護者の生活状況、価値観、希望を理解する

アルツハイマー型認知症の特徴

- 日本で一番多い（50–60%）タイプ
- 脳にアミロイドβタンパクが頭頂葉・側頭葉に蓄積し、神経細胞が減っていくことで様々な症状が現れる。
- もの忘れ、日付間違いを特徴とした症状（側頭葉）
なんども同じことを繰り返し聞くことがある。
- 道に迷ったり、言葉がうまく出てこないこともある（頭頂葉）
- 初期～中等度までは、体は比較的元気。

アルツハイマー型認知症の主な中核症状

近時記憶障害

5分前の出来事や話したことを忘れてしまう
忘れたことも忘れてしまう



- 同じことを何度も聞く
- いつも探し物をしている
- 約束をすっぽかす

見当識障害

「いつ」「どこ」「誰」が把握できなくなる



- 夏にセーターを着込む
- 夜中に起こしにくる
- 近所で迷子になる

実行機能・理解判断力障害

手順や段取りがわからない
複雑なことの理解・判断が困難



- 料理に時間がかかる
- 考えるスピードが遅くなる
- 二つのことを同時にできない

失語、失算、失認、失行

言葉が出ない、計算や認識、
円滑な動きができない



- 会話が続かない
- 買い物が難しい
- 着替えや入浴を拒否する

アルツハイマー型認知症の自然経過

発症

近時記憶低下

即時記憶低下
長期記憶低下

見当識障害

時間 → 場所 → 人

単語数減少

会話が成立しない

身の回りのことが
ほとんど出来ない

実行機能障害

理解・判断力障害

身体症状

仕事

家事

食事、排泄、保清

社会活動

買い物、外出、金銭管理

歩行障害

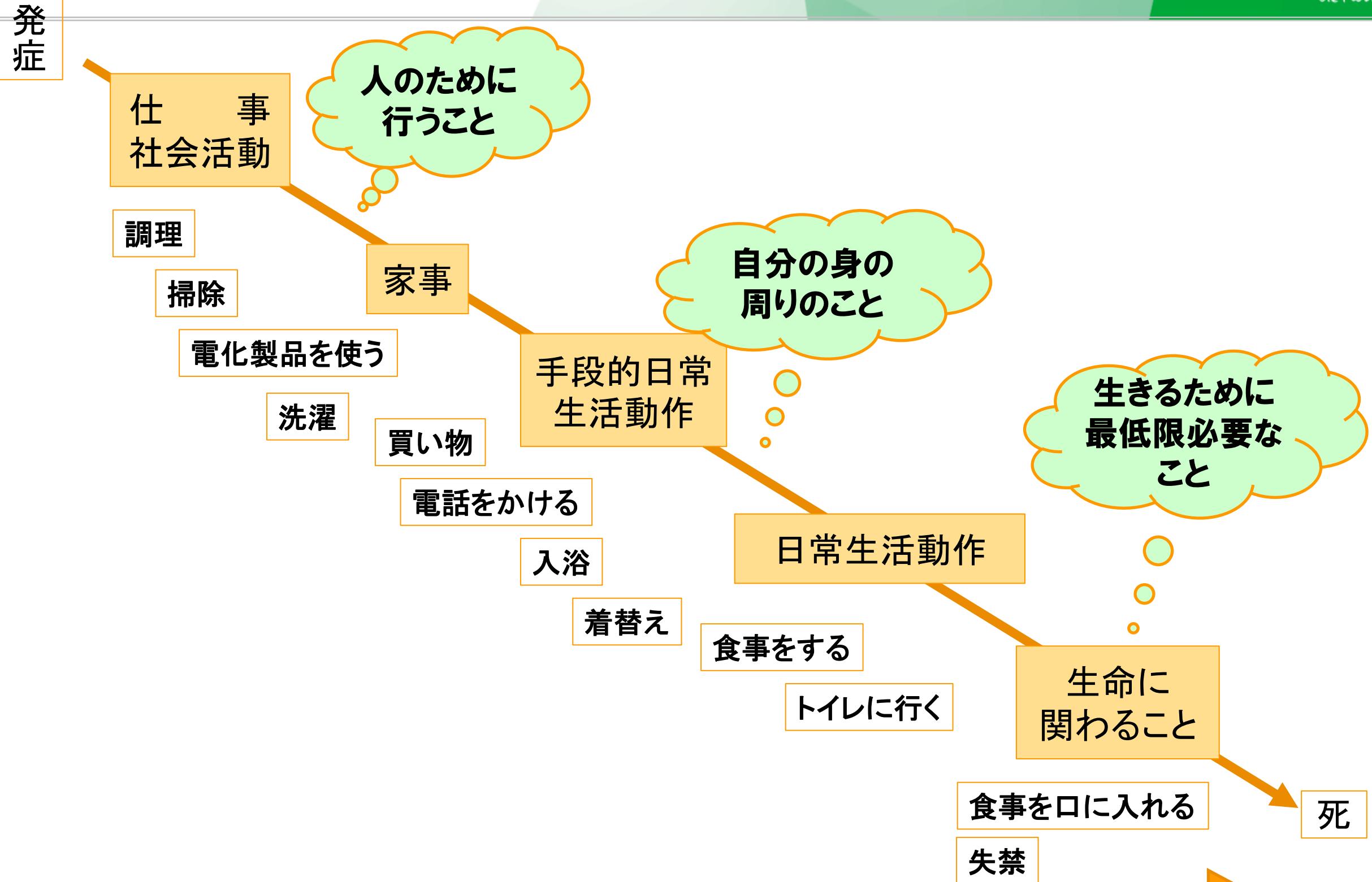
嚥下障害

失禁

死



アルツハイマー型認知症の生活への支障



生活機能障害の進行

レビー小体型認知症の特徴

- 認知症全体の約10～20%を占める
- 時間帯や日によって動揺性がある
- パーキンソン病のような運動機能障害を呈する
- 初期段階では認知機能検査が高得点

レビー小体型認知症

パーキンソン症状



手足のふるえ
動きが遅くなるなど

幻視



存在しないものが見える

レム睡眠行動障害



寝ながら暴れる、
大声を出す

自律神経症状



立ちくらみ、
寝汗、動悸など

認知機能などの変動



特に夕方になると
症状悪化

薬への過敏性



人により
薬の副作用が出る



前頭葉機能の低下

注意障害

自発性低下

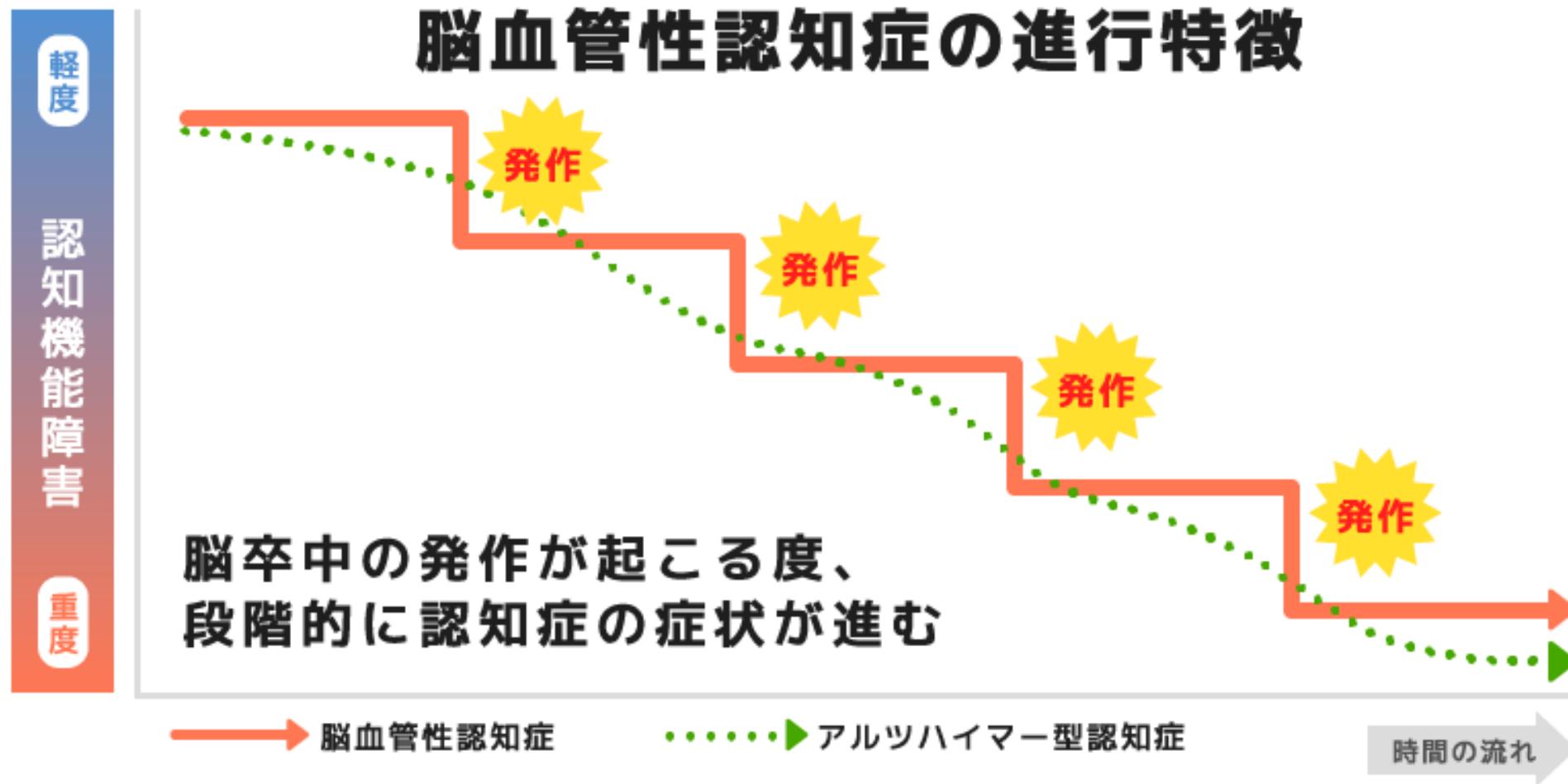
実行機能障害

- ・目的に向かって行動できない

作業記憶の障害

- ・複数の情報から合理的な判断ができない

大脳白質



一般的には階段状に進行すると言われているが、脳血管疾患の発症リスクを下げることで、進行を抑えることができる。



前頭側頭型認知症

自発性低下, 人格変化(深刻味のなさ), 遂行機能の低下, 抑制欠如(社会的に不適切な態度), 常同行動

進行性非流暢性失語
意味性認知症
言語機能の障害

認知症の予防や改善は可能か？



| 9つの危険因子 | 相対リスク | 人口寄与割合 |
|------------|-------|--------|
| 小児期 | | |
| 12歳までに教育終了 | 1.6倍 | 8% |
| 中年期 | | |
| 高血圧 | 1.6倍 | 2% |
| 肥満 | 1.6倍 | 1% |
| 聴力低下 | 1.9倍 | 5% |
| 老年期 | | |
| 喫煙 | 1.6倍 | 5% |
| 抑うつ | 1.9倍 | 4% |
| 運動不足 | 1.4倍 | 3% |
| 社会的孤立 | 1.6倍 | 2% |
| 糖尿病 | 1.5倍 | 1% |

Livingston G, et al. Lancet. 2017 Jul 19.



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Cochrane Database of Systematic Reviews

[Intervention Review]

Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia

アルツハイマー型または血管型の軽度から中等度の認知症の人に対する認知トレーニングと認知リハビリテーション

11のRCT研究論文レビューの結果、**脳トレで効果のあるものはなし**

Citation: Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.pub2.



Cochrane Library

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Title Abstract Key

Cochrane Reviews ▾

Trials ▾

Clinical Answers ▾

About ▾

Help

Cochrane Database of Systematic Reviews | Review - Intervention

New search

Conclusions changed

Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia

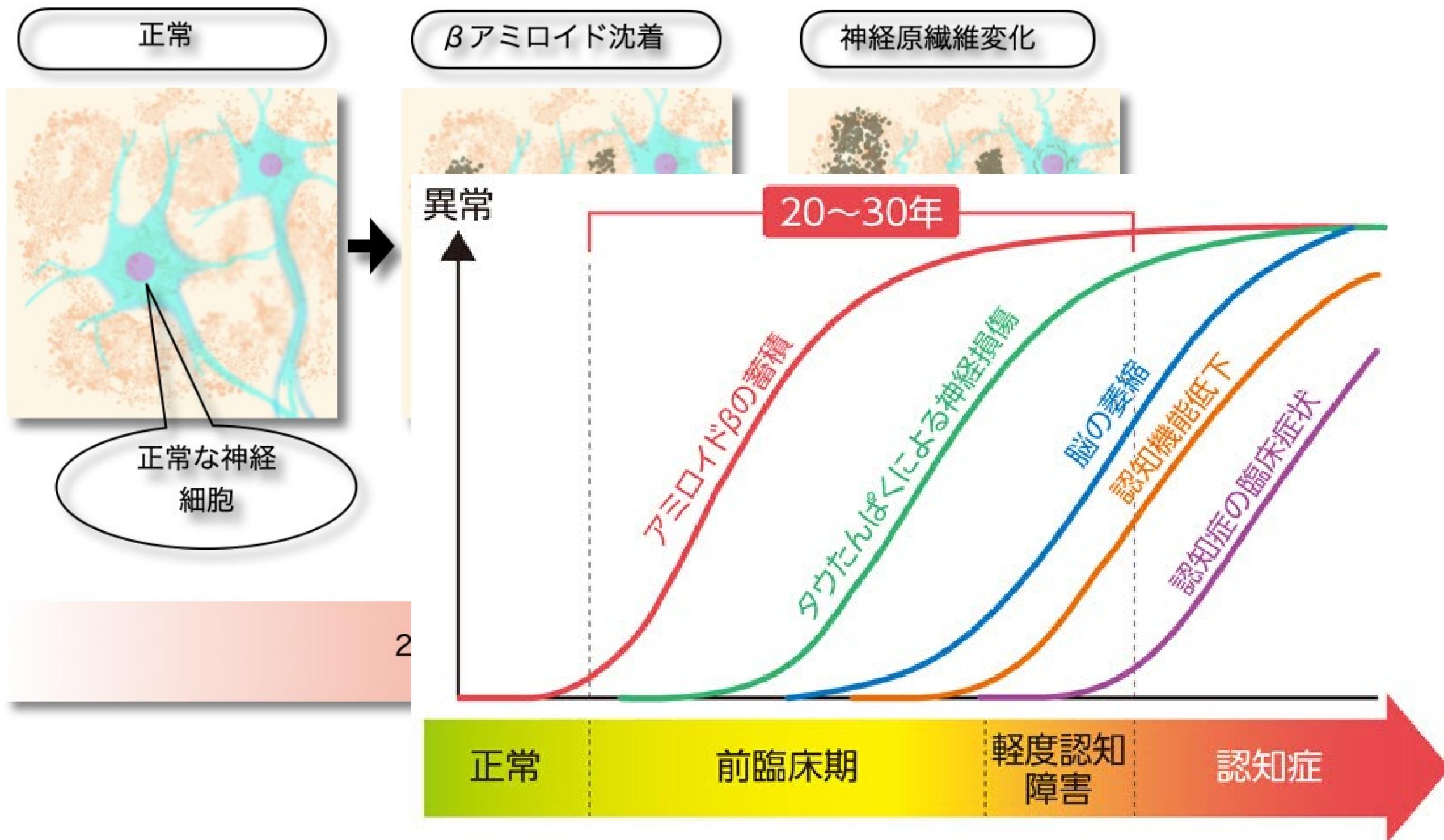
認知症患者の認知機能を改善するための認知刺激

36の研究データをメタ解析した結果、軽度から中等度の認知症の人が認知刺激プログラムに参加することで、**小規模で短期的な認知効果が得られた**

認知症の治療薬

| | コリンエステラーゼ阻害薬 | | | NMDA受容体拮抗薬 |
|--------------|--|---------------------------------|---|--|
| 一般名 (製品名) | ドネペジル (アリセプト) | ガランタミン (レミニール) | リバスチグミン (イクセロン、 リバスタッチ) | メマンチン (メマリー) |
| 剤形 | 錠剤、口腔内崩壊錠、細粒、ゼリー、ドライシロップ | 錠剤、口腔内崩壊錠、内用液 | 貼付剤 | 錠剤、口腔内崩壊錠、ドライシロップ |
| 適応症 | アルツハイマー型認知症 及びレビー小体型認知症 | アルツハイマー型認知症 | アルツハイマー型認知症 | アルツハイマー型認知症 |
| 適応重症度 | 軽度～高度 | 軽度～中等度 | 軽度～中等度 | 中等度～高度 |
| 用量 増量 | 3mg(1～2週)→5mg 高度:5mg(4週)→10mg | 8mg(4週)→16mg→ 必要に応じて4週以降24mg | 4.5mg(4週)→9mg(4週) →13.5mg(4週)→18mg or 9mg(4週)→18mg | 5mg(1週)→10mg(1週) →15mg(1週)→20mg |
| 有害 事象 | <ul style="list-style-type: none"> ● 消化器症状(下痢/嘔気/嘔吐)、頭痛、精神症状(興奮、不穏)など ● 失神/骨折/不慮の怪我/徐脈/ペースメーカー挿入の発生率も高まる ● リバスチグミンは経皮吸収のため血中濃度が安定しやすいが、貼付部位の皮膚反応も(貼付部位の炎症抑制に保湿剤を使用、炎症持続にはステロイド外用薬を検討) | | | <ul style="list-style-type: none"> ● めまい、傾眠、頭痛、便秘、痙攣など。興奮/攻撃性も(ドネペジル併用) |

アルツハイマー病の進み方とアミロイドβの蓄積の関係

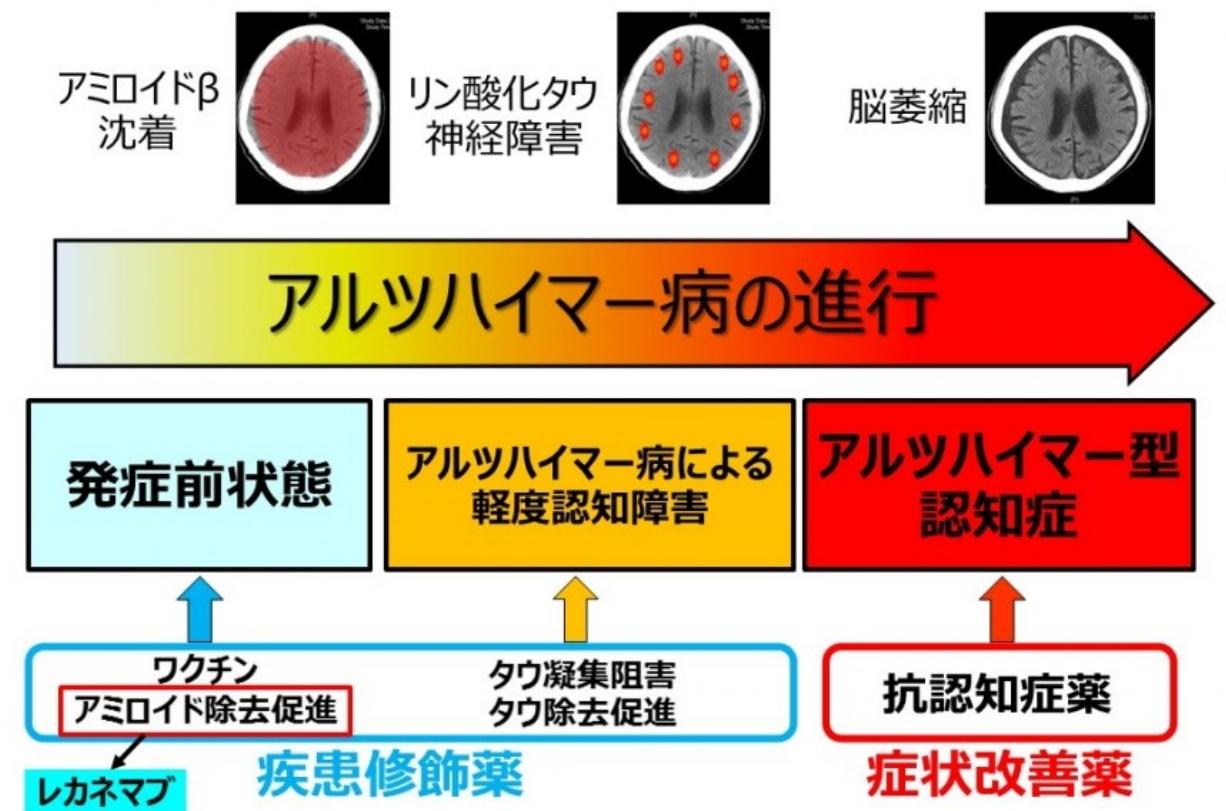


アルツハイマー型認知症、21年ぶりの新薬「レカネマブ（レケンビ）」

- 症状の緩和にとどまらず、発症や進行を抑える初の「疾患修飾薬」
- アメリカバイオジェン社と日本エーザイ社が合同で開発
- **脳の中にたまったアミロイドβを減らす効果**がある
- 認知症の**進行を27%くらい遅らせる**というデータあり
- **MCI（軽度認知障害）から軽症認知症**の方対象
- 年間治療費400万円



アミロイドβとアルツハイマー病の経過



レカネマブ治療の対象と概要

アルツハイマー病

| 治療候補 | アルツハイマー型認知症 | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------|----------|
| | 軽度 | 中等度 | 重度 |
| 軽度認知障害 | 軽度 | 中等度 | 重度 |
| 認知機能の低下はあるが、日常生活には大きな支障ない | 認知機能の低下があり、日常生活には支援要す | 日常生活に多くの障害があり、介護が必要 | 多くの介護が必要 |

治療前

PETなどでアミロイドβ確認
MRIで安全性確認

治療対象

治療

二週間に一回一時間の点滴 1年半

安全性確認

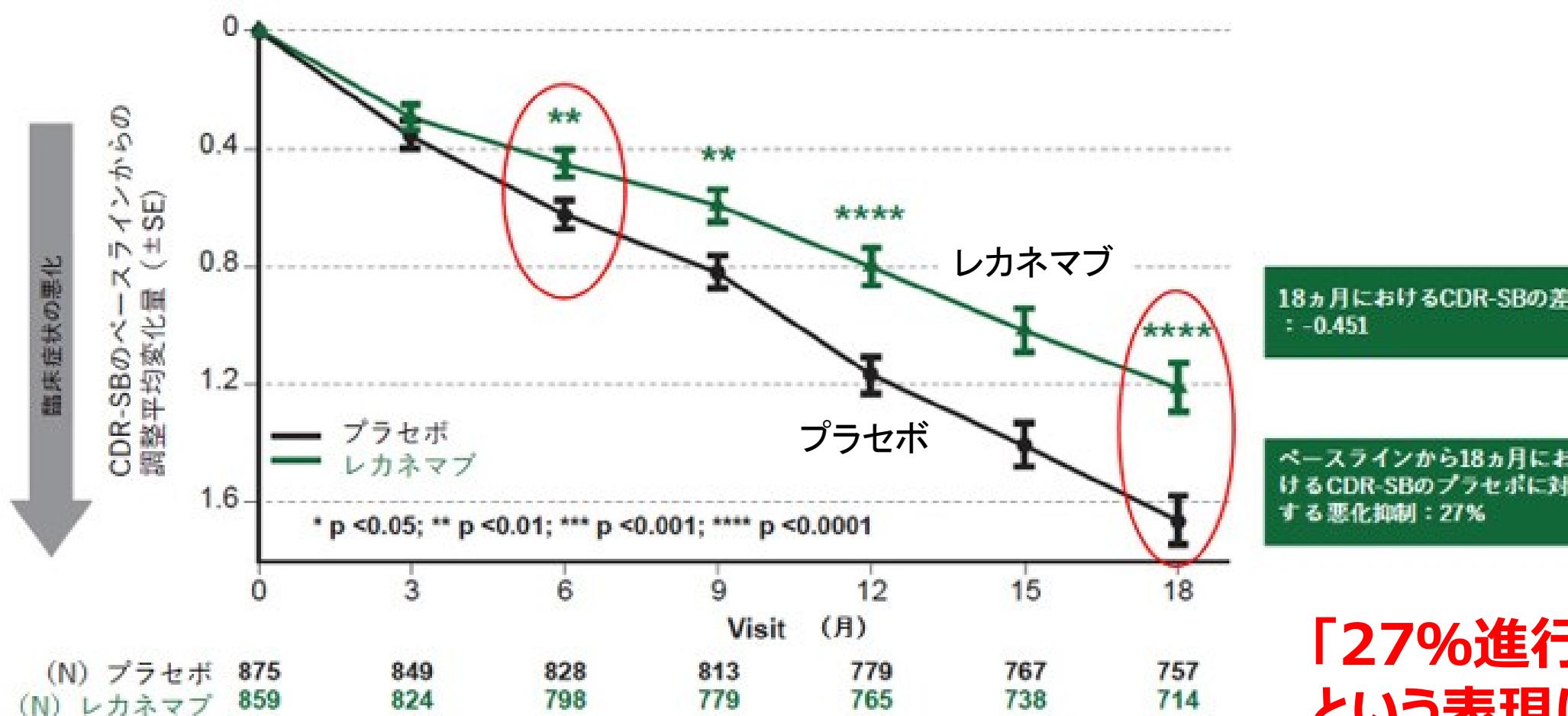
5,7,14回目の点滴前にMRI

薬価概算：年間400万円（薬剤費30万円/月+診療費・検査費）

レカネマブのCDR-SB(認知症スコア)に対する効果

開始前のスコアは両群とも約3.2点

18ヵ月間でレカネマブ群1.21点, 偽薬群1.66点で「ともに悪化」した
その差は0.45点, レカネマブは $0.45/1.66 = 27.1\%$ 悪化を抑制した



**「27%進行を抑制する」
という表現は誤解を招く**

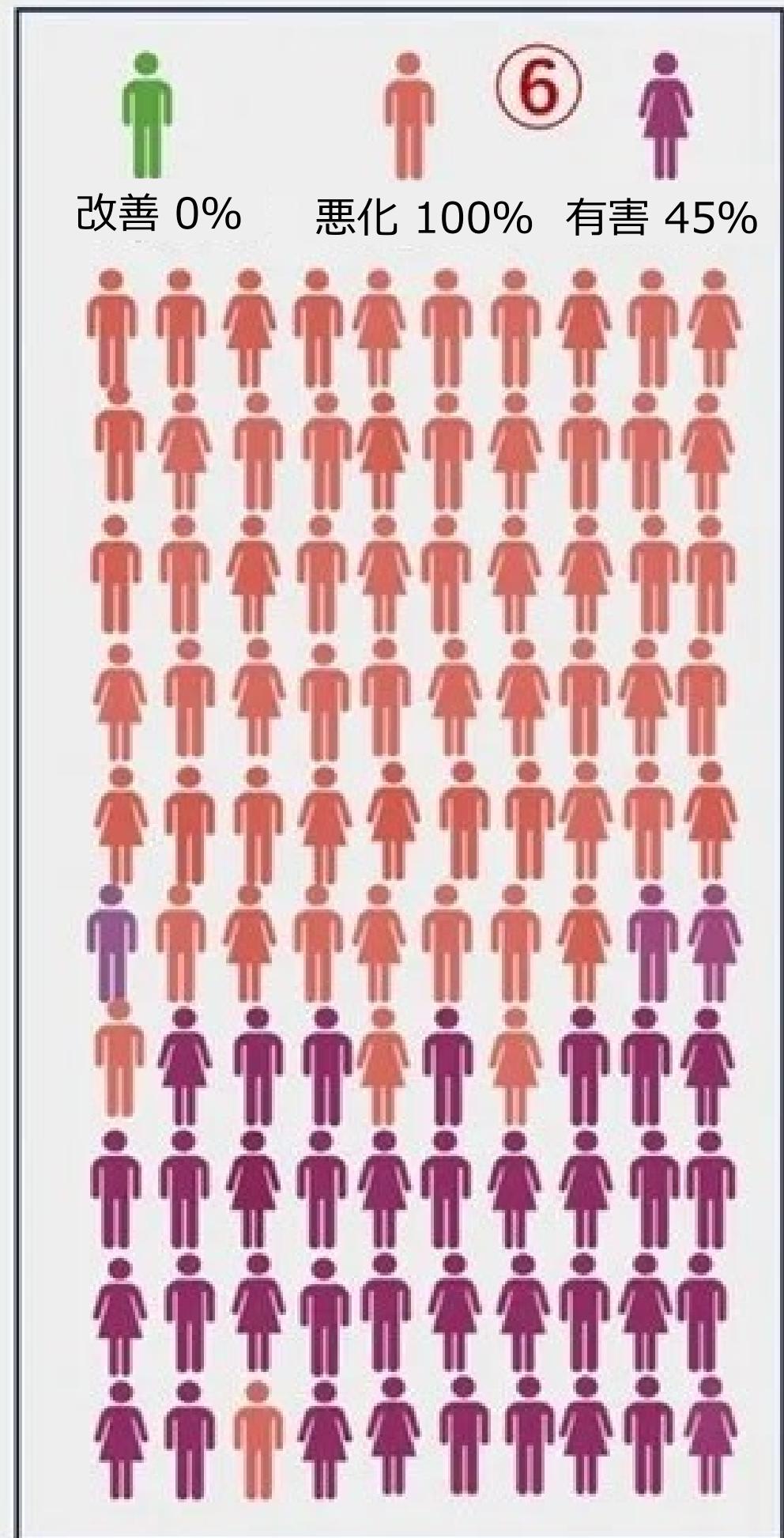
レカネマブの有害事象

レカネマブの効果：

- 認知機能が改善した人はいなかった
- プラセボと較べて進行が少し抑えられた

レカネマブの有害事象：45%

- 注射に伴う身体の反応
頭痛、悪感、発熱、吐き気など
- 脳からアミロイドを除去する際の負荷
脳の浮腫、出血
- 治療中の方がもし脳梗塞を起こしても、
血栓溶解剤は使用できない



Q1. 認知症の診断を受ける意義は？

1. 診断を受けると、どういうメリットがありますか？
2. 診断を受けたことをその後の生活に活かしていくには、
どうすればよいのでしょうか？

以下の視点で考えてみましょう。

- 認知症本人
- その家族や支援者



世田谷区福祉人材
育成・研修センター
2025

認知症ケア研修

2. 認知症の方への関わり方

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

想像してみましょう、認知症の方の気持ち

- いま、やったことを忘れてしまう
- これから何をするのか、わからない
- 物を置いた場所をすぐ忘れる
- 料理の手順や帰り道がわからなくなる

私、どうしちゃったんだろう

頭のなか
がボーッと
している



なんだかおかしい、
いつもと違う、
変な感じ

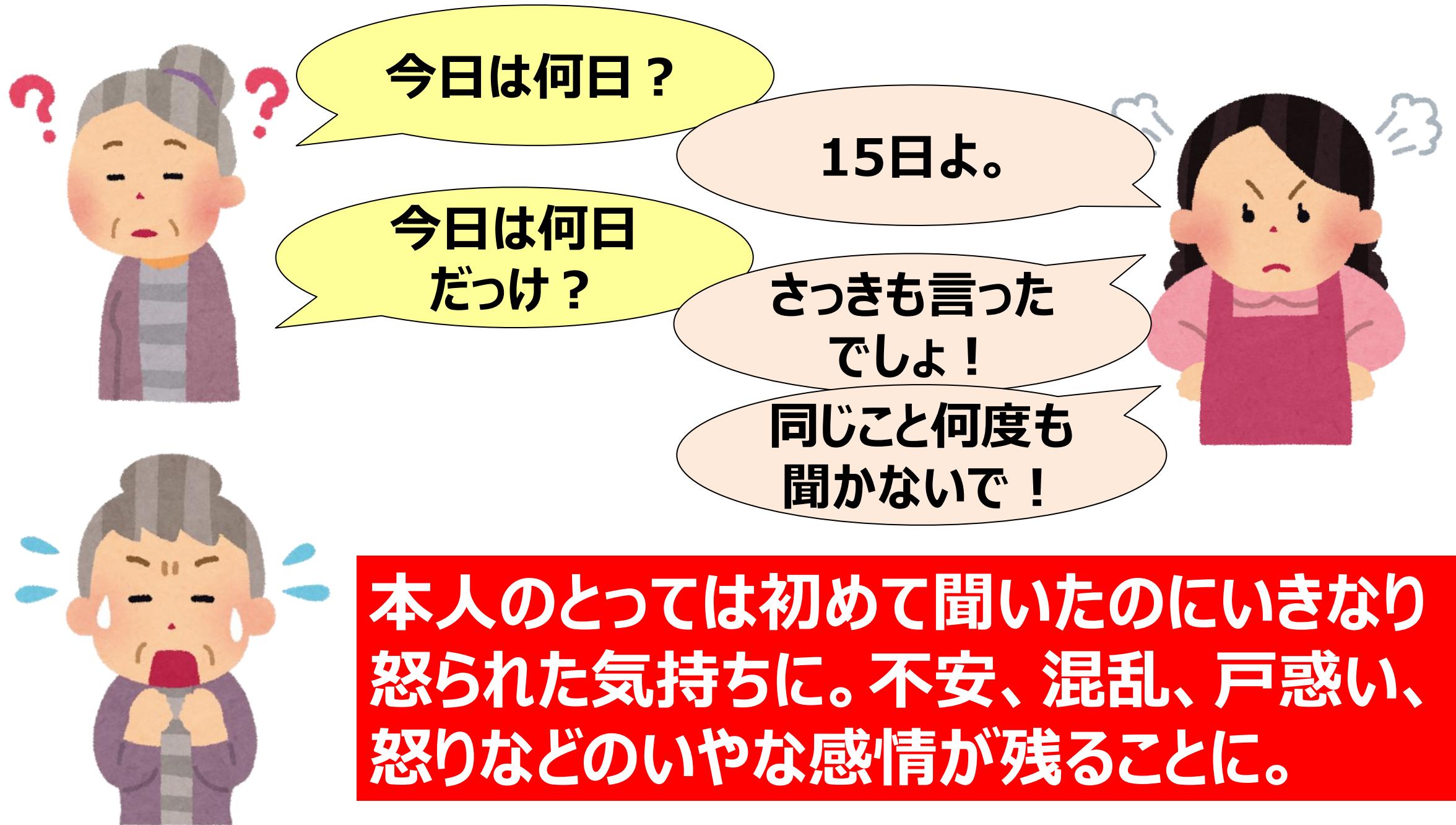
自分のことがわからなくなる不安や恐怖

■ 家族に何度も失敗を指摘される



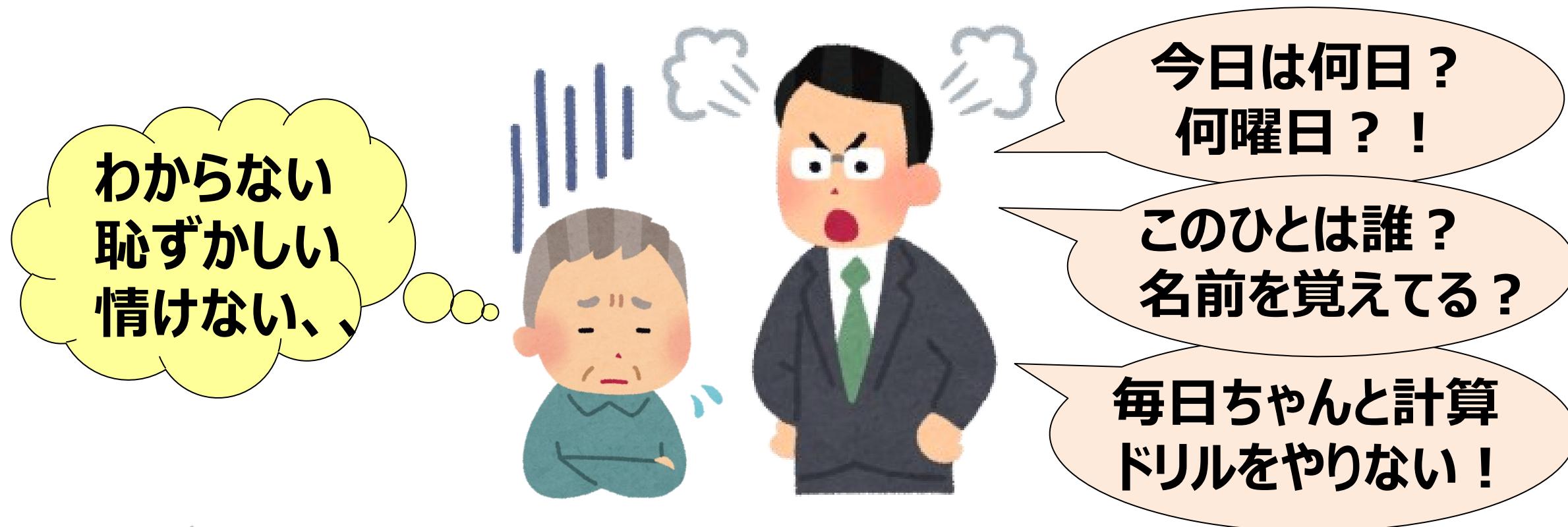
さらに混乱し、不安や恐怖に苛まれる

傷つくひと言 事実を忘れても相手の気持ちには敏感



- ✓ イライラしたらまずひと呼吸して、自分のいらだちを抑える。不安を感じさせないように、にこやかな表情で答える。
- ✓ 少し気をそらすような話をすると、尋ねたい欲求を忘れてしまうことも多い

できるかどうかを試されることで自尊心が損なわれる



必然性のない場面で、能力を試すような問いかけは、たとえ答えがわかってもらわなくても自尊心が深く傷つく。

- ✓ 認知症ケアの目的は、本人がいきいきと暮らせる環境を整えること。能力をチェックして元の生活や能力に戻すことではない。
- ✓ 失った能力よりいまできることに目を向けて、それが維持できるように支援していく。

ダメな人扱いはやめて

どうせ本人はわ
からないから

どうせできない
だろうから



またのけ者に
された、、、
つらい



どうせわからないと無視したり、どうせできないとできることまで奪ってしまうと、自尊心が傷つき、自信も失われてしまう。

- ✓ なんでもしてあげる、あぶなそうだからやらせない、ではなく、なるべく本人ができるように支援する。できることの役割を担ってもらう
- ✓ 話し合いなどの輪の中に、本人も参加してもらおう。ゆっくり話したり、本人が話す機会を奪わないようにする

7. 認知症のひとの精神世界を理解する

本人の苦悩は軽度の時期が最も大きいと考えられている
「これから自分はどうなるのか？」という漠然とした不安感に駆られる
自分を失っていく不安感は、ときにスピリチュアルな痛みとして表出される

「自分はどこに居るのだろうか？」「周りに居るこのひとたちは誰だろうか？」
「自分は何をすればいいのだろうか？」などと混乱し、不安感が増していく。
自分が誰なのかが不確かになっていく感覚は、相当な危機感をもたらす
だろう

今まで何気なくできていたことが120%の努力をしてもうまくできなくなり、
ミスが目立つようになる。（料理の手順が分からなくなる、いままで普通
に行けていた場所に行くのに迷ってしまう、思うように言葉が出てこない、
テレビドラマのストーリーを追うことができずつまらなくなる、など）

7. 認知症のひとの精神世界を理解する

こうした経験を重ねるたびに、もどかしく歯がゆい気持ちになり、ときに混乱したり、言動や行動に影響を与え、パニックになることもある

常に能力をいっぱいに出し切っているため、非常に疲れやすくなる。失敗を指摘されることで、落ち込み、うつ状態になることも
(アルツハイマー病の3割にうつ状態が合併)

失敗に対して防衛的になり、上手くできないことや疲れることを避けるようになり、自発性がどんどん低下していく。これまで慣れ親しんだことで、まだ十分楽しめる趣味や仕事も、それを遂行するためのハードルの高さのために断念し、不活発になっていく

ストレスを回避するために、不可解な出来事を外部のせいにしてたり、被害者のような態度をとる（物盗られ妄想など）ことによって、心のバランスを保とうとしていることもしばしばみられる

認知症の病理

脳細胞の
実行機能 ダメージ 理解・判断
の低下 中核症状 力の低下
もの忘れ 日時や場所
がわからない

妄想 せん妄 抑うつ
幻覚 周辺症状
不眠 異食
徘徊 暴言暴力
行動心理症状 (BPSD)

環境・
心理状態

性格
素質



認知症高齢者の精神世界の理解

「認知症の方の思考や行動には意味がある」

今はいつ？
ここはどこ？
料理を作る手順がわからない！
どの電車に乗ればいいのか
わからない！

自分はどこにいるのだろう
この人たちは誰だろう
自分はどうすればいいのだろう



伝えたい言葉がでてこない
思うように字が書けない
話の筋が覚えられない
計算が難しい

被害的な態度を持つことで自分の周囲で起こっている不可解な事柄に理由付けをしようとする

当たり前前にできていた事が徐々にできなくなる
失敗を周囲の人から指摘されたり、叱責を受けたりする
転倒不安による自発性の低下

その人のニーズを汲み取る大事な手がかり

行動心理症状



これまでの対応

- 目に見える「行動」が介入の標的
- 抑えるための**居所移動、抗精神病薬**

本人のニーズ



これからのあるべき対応

- 行動背景にある苦痛の緩和を目指す
- 苦痛：実存的、身体的、精神的
- 苦痛が緩和されれば、結果として行動心理症状は減少、消退する

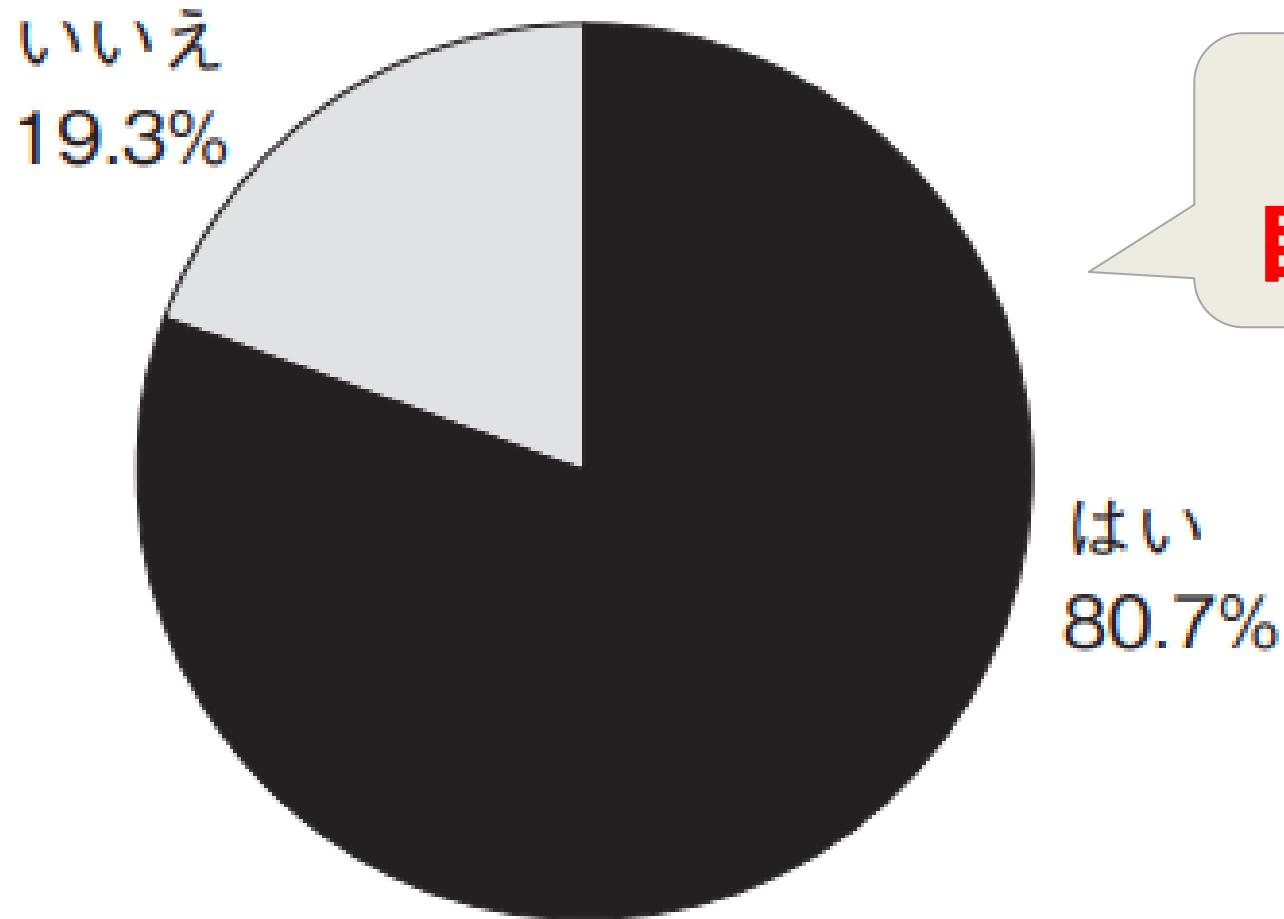
欧州緩和ケア学会・認知症緩和ケア提言(2013)

こんな対応はやめよう

- ✓ 失敗したときに厳しく注意する
- ✓ 子ども扱いする
- ✓ 「ーしないとーしてあげない」など交換条件をつきつける
- ✓ 居場所をおびやかすような言動をする
- ✓ 本人の抱く「実感」を認めない
- ✓ 「はやく！」「急いで」とせかす
- ✓ 無視・放置、後回しにする



Q：優しくできない自分に嫌悪感を感じる時がありますか？」



**認知症家族の80%が
自分に嫌悪感を感じている**

表 3-4 自分への嫌悪感の有無

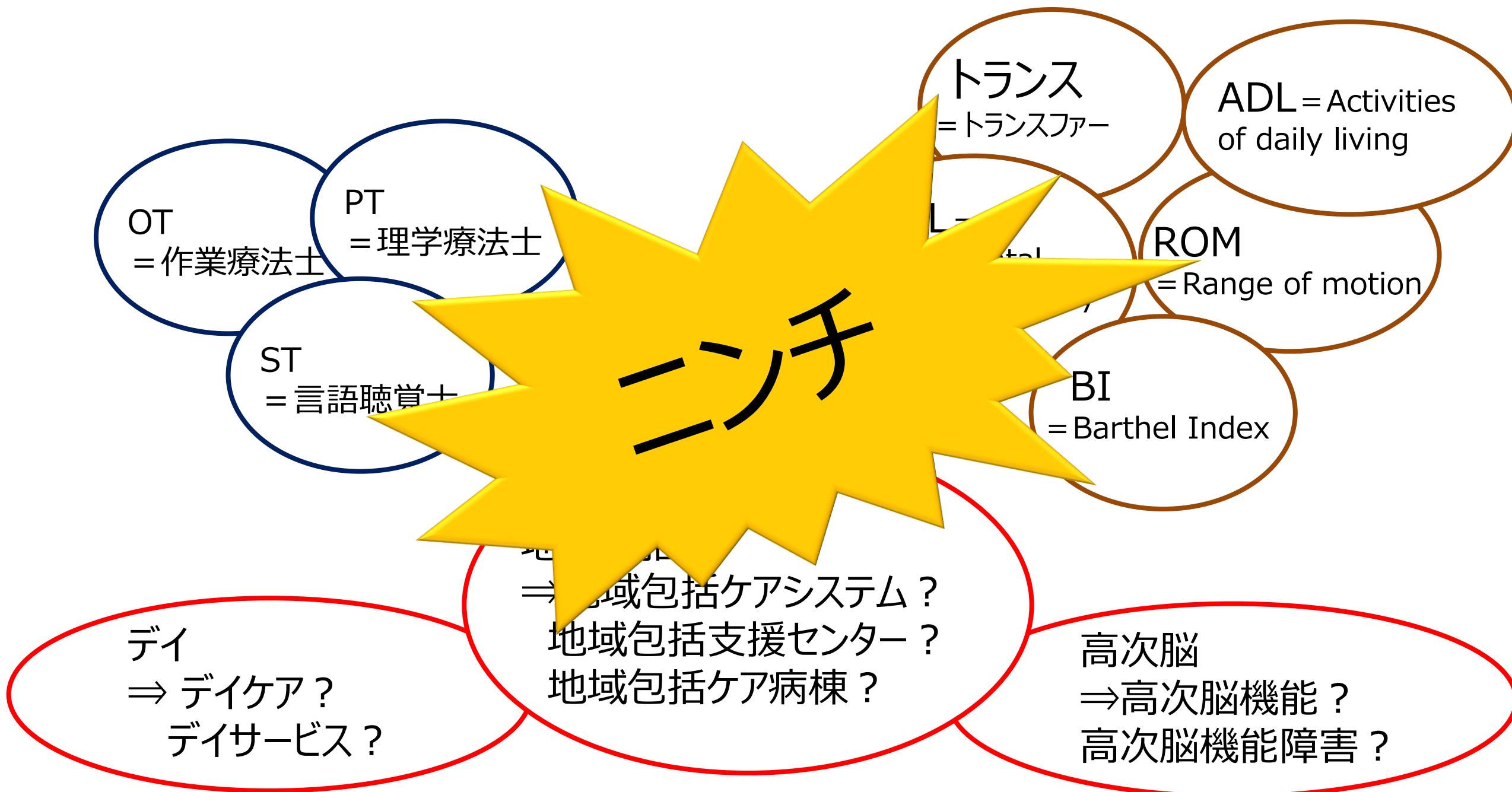
| | 人数 | % |
|-----|-----|--------|
| はい | 426 | 80.7% |
| いいえ | 102 | 19.3% |
| 合計 | 528 | 100.0% |

無記入 29 名を除く

図 3-4 自分への嫌悪感の有無

認知症の介護家族が求める家族支援のあり方 研究事業報告書
公益社団法人 認知症の人と家族の会（2012年 3月）

医療業界は略語にあふれている



村島久美子先生スライドより

こんな言葉、耳にしていますか？

〇〇さん、
ニンチ入ってる
よね。

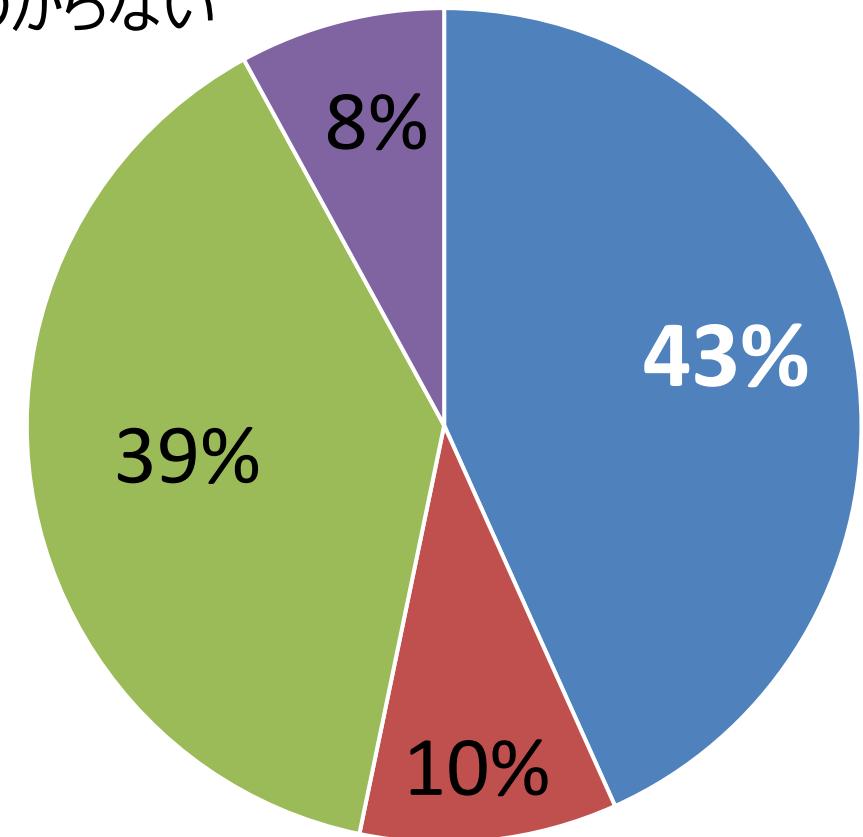
△△さん、
ニンチ進んだよ
ね。



〇〇さん、
ニンチあるから、
言っても分かんない
でしょ。

Q. 認知症の方・ご家族に質問
病名を「ニンチ」と略されて
不快に思ったことはありますか？

- ある
- 言われたことはあるが、不快に思わない
- 言われたことがない
- わからない



村島久美子先生スライドより

Q2 認知症の方への関わり方

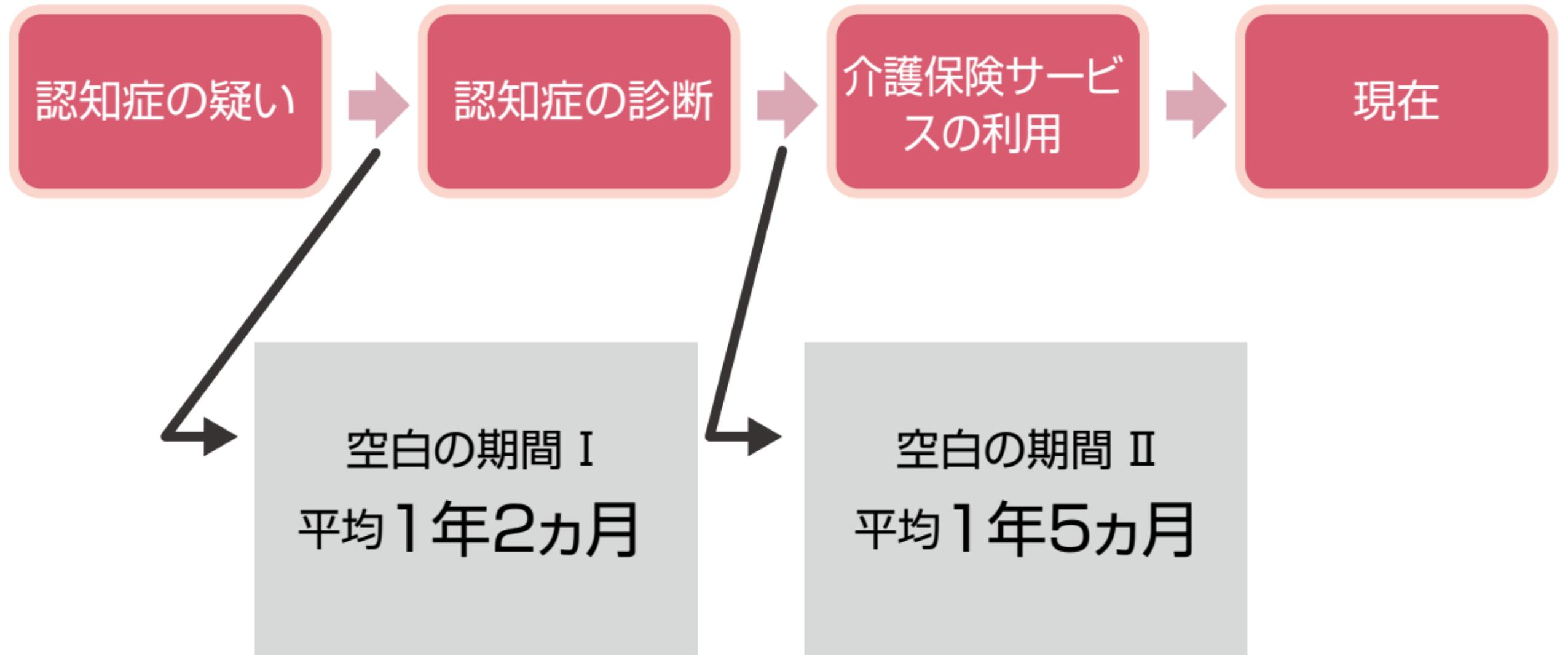
1. いままでの自分や回りの関わり方で、よくないと感じたことを挙げてみましょう
2. 認知症があっても、その人らしく生きていけるためには、どのような関わり方が必要でしょうか

認知症ケア研修

3. 認知症の早期支援と 緩和ケア

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

空白の期間



認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業 平成29年
社会福祉法人東北福社会 認知症介護研究・研修仙台センター

➡ 初期支援、診断後支援の必要性

認知症はなぜ早期発見が難しいのか？

強い不安感や認知症への**偏見**から、相談できずにいる

➤ 何もできなくなるのではないか？

適切なサポートが得られれば、できることも多く、社会生活を送れる

➤ 全部わからなくなるのではないか？

昔のことは記憶している。人の気持ちも良く理解できる。

➤ 暴力や徘徊で迷惑をかけるのではないか？

たとえ症状が出ても、環境を整えれば穏やかな気持ちで過ごせる



**こうした世間の認知症に対する偏見（スティグマ）
や誤解を修正していくことが重要**

診断後の本人の気持ち

- 「もしかして、、」が事実になるショック
- 絶望・受容・否認の気持ちが入り乱れる
- 家族も同じ気持ちで辛いので、家族だけで悩みを抱え込まず、専門家に相談を。



絶望・受容・否認



本人の不安に対して、安心できる環境とともに家族は「忘れても大丈夫」と伝え、穏やかな雰囲気をつくることで症状が落ち着いていく

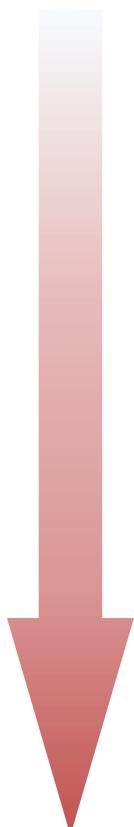
より適切なケアを実践できる

安心感があり、自尊心が保てる

家族にゆとりができる

周辺症状が落ち着き、意欲がわく

早期に支援につながる事が大事

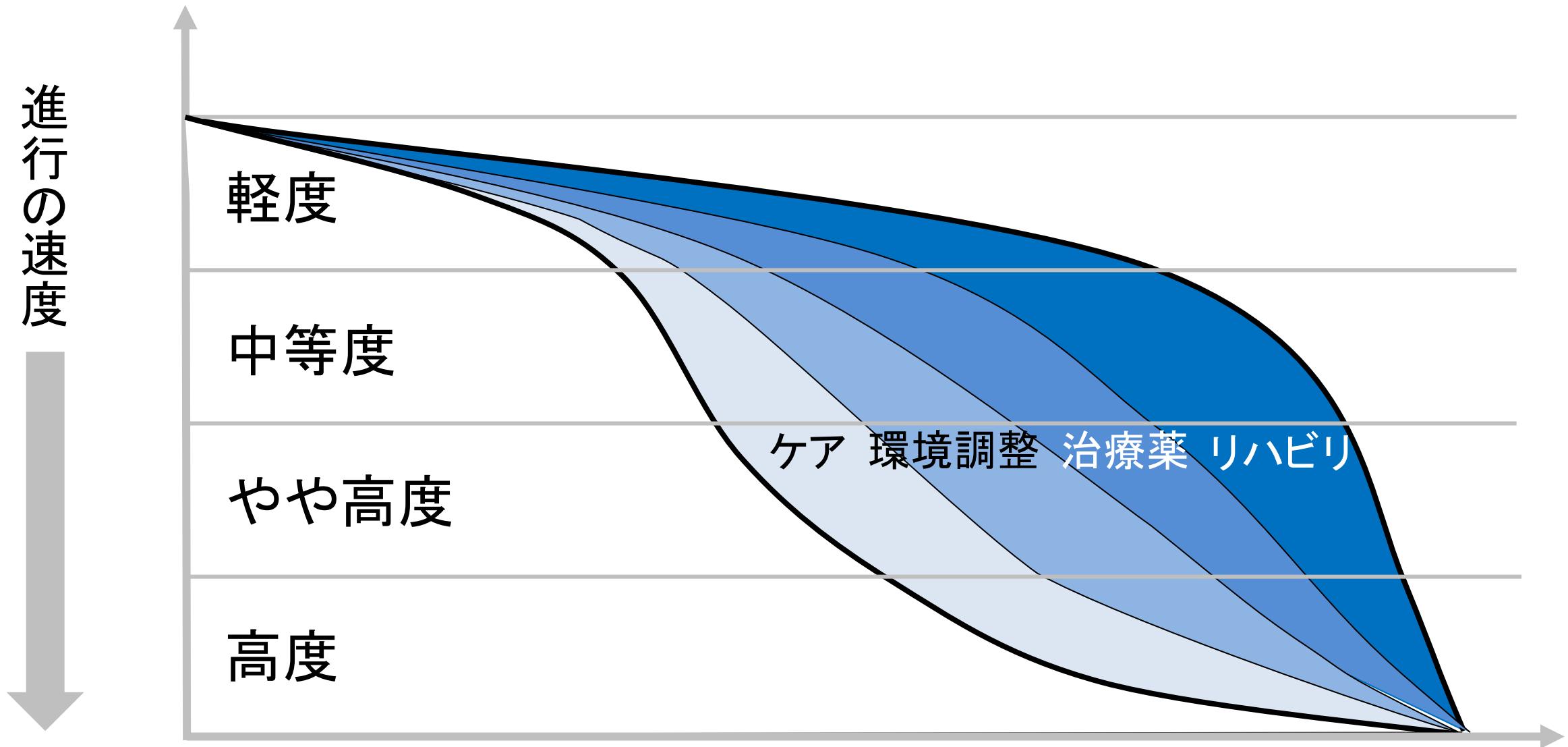
- 
- 認知症の診断や診断後支援につながる事が遅れる
 - 生活の中でトラブルが増える
 - 周囲の方に「リスク」の視点や「介護負担」が増していく
 - 「なにも判らなくなっている」「暴れて困る」
 - **すでに周囲の方も助けて欲しい状況に陥っている**
 - **本人より周囲の方の困りごとが優先されがち**

適切な
タイミングで
必要な支援に
つながる

本人の
当たり前の
生活が
保てなくなる
リスクを減らす

本人の
在宅生活が
少しでも長く、
本人らしく
過ごすことが
できる

認知症の進行をできるだけ抑える



これまで

| | | |
|----|-------------|----|
| 軽度 | 中等度 やや高度 | 高度 |
|----|-------------|----|

これから

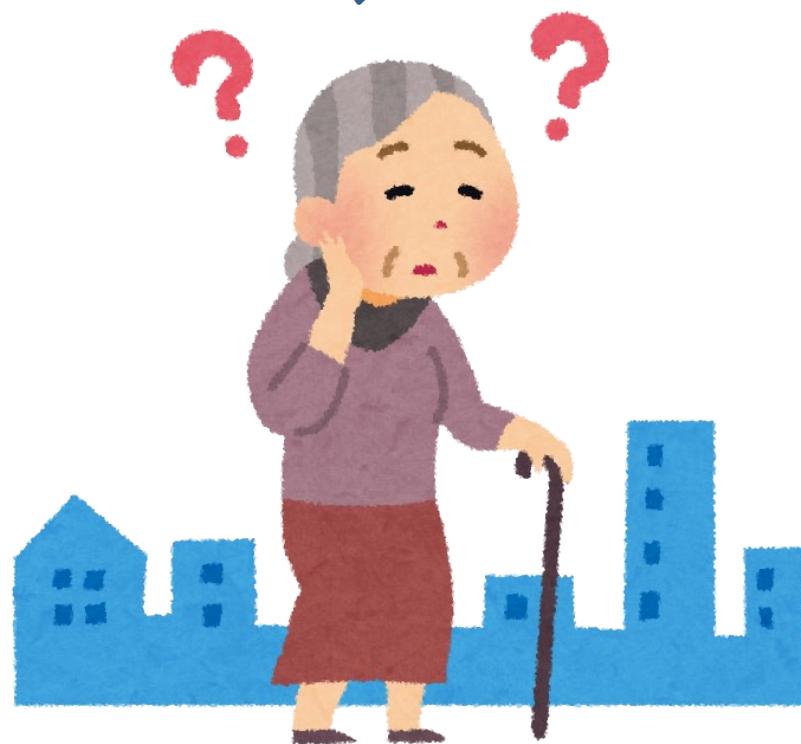
| | | | |
|----|--|-------------|----|
| 軽度 | | 中等度 やや高度 | 高度 |
|----|--|-------------|----|

認知症初期集中支援 事例提示

認知症初期で介護保険サービス 以外の活動の場を模索するケース

「なんだか最近忘れっぽいな、変だな。」と感じながら生活しているAさん。
ある日、離れて暮らす娘から「**認知症なんじゃないか**」と言われた

私、認知症
なのではないですか？



Aさん 女性 80才 独居

- 3年前に夫が他界したところから、**何をすることも億劫になり、引きこもりがち**
- 先月、**セールスの電話で高いカニを買ってしまったが、注文したことを覚えていなかった。**娘が気づき、キャンセルすることができた
- もともと、**音楽や切り絵が好きで、社交的な性格**だった。今はスーパーに買い物に行く以外は出かけず、週に1回来る娘としか話していない

■ 「もの忘れチェック相談会」を勧められ参加



長谷川式検査 21/30点

- ・ 日時の見当識障害
- ・ 短期記憶の低下あり

新しいことを覚えるのが苦手になってきているようだと言われた

**「これからどうしたらいいのか
わからない・・・ ひとりで不安だ」**

初期集中支援事業を紹介される。
専門チームにこれからの生活などの不安を相談したいと思い、
本事業を利用することに。

認知症初期集中支援事業が目指すもの

生活支援

認知症になっても、本人の意思が尊重され、出来る限り
住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けるために、
認知症のひとに**「初期集中支援チーム」**が訪問し、
適切な診断や早期対応に向けた支援体制を構築する

専門チーム

アウトリーチ

「初期」とは？

1. 認知症の発症後のステージとしての初期
2. 認知症のひとへの関わりの初期（ファーストタッチ）

平成25年7月4日 厚労省老健局
「認知症対策等総合支援事業の実施について」

初期集中支援対象者の定義



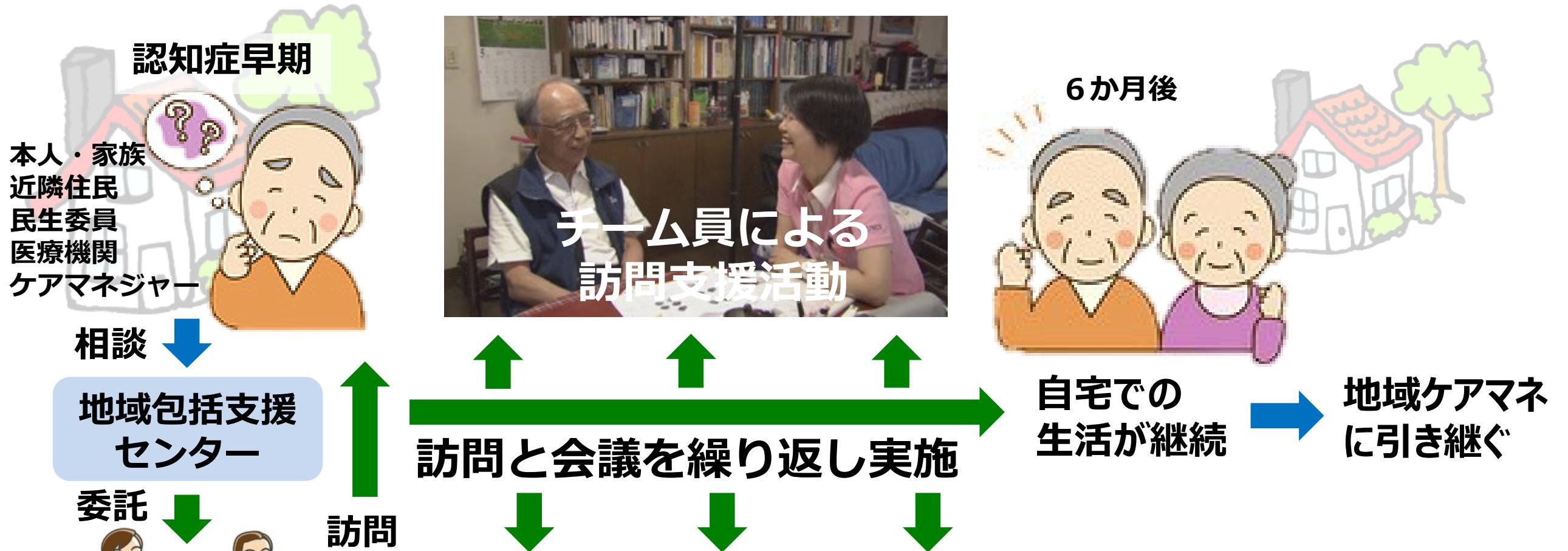
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人
又は認知症の人で、以下の1, 2のいずれかに該当する者とする

1. 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または
中断している者で以下のいずれかに該当する者
 - (ア) **認知症疾患の臨床診断を受けていない者**
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない者
 - (ウ) **適切な介護保険サービスに結び付いていない者**
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している者
2. 医療サービス、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**

⇒ 地域包括支援センターが対象者を選定

2013年7月4日 厚労省老健局
「認知症対策等総合支援事業の実施について」

初期集中支援の流れ



チームメンバー会議
精神科医や認知症専門医を含む多職種チーム員が、訪問調査のアセスメントに基づき、具体的な支援を検討する

看護師、作業療法士、薬剤師、PSW、認知症専門医・サポート医等

- ・ 医師による早期診断につなげる
- ・ 在宅での具体的ケアの提供と指導

認知症のご本人への治療、支援

認知症のアセスメントと評価を行い、医療や介護につなげる、生活支援を行う

ご家族・介護者への教育的支援

認知症に対する理解、心理教育、介護サービスの活用

本人の権利擁護と意思決定支援

認知機能が比較的保たれているうちに準備をしておく

➡ **本人・家族の困りごとを把握し、問題解決する**

初期集中支援 初回訪問時の様子

- 自宅はきれいに掃除されていた。本人はお化粧品をして訪問を楽しみにされていた。
- 看護師の訪問に拒否はなく、ご自身の体調やもの忘れ、詐欺のことなどを伺えた。
- 少し前の会話が思い出せないため、人と話すと「おかしい」と思われるのではないかと
思い、引きこもりがちになっていたという。

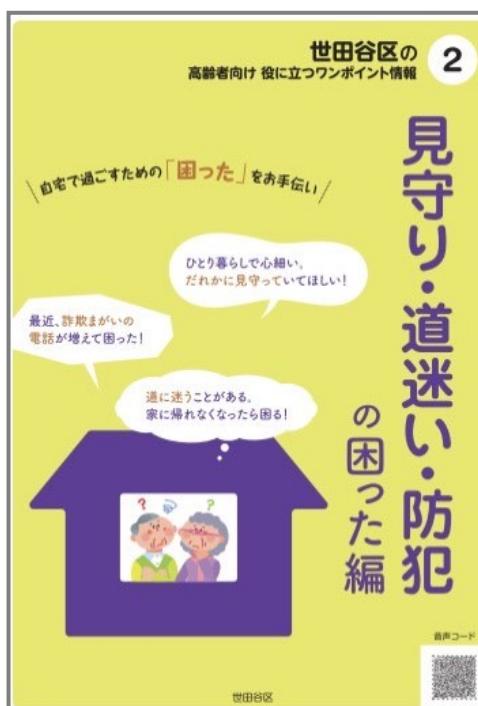
支援プラン

- ① 詐欺への対策
- ② 外出の機会や人との交流を増やす

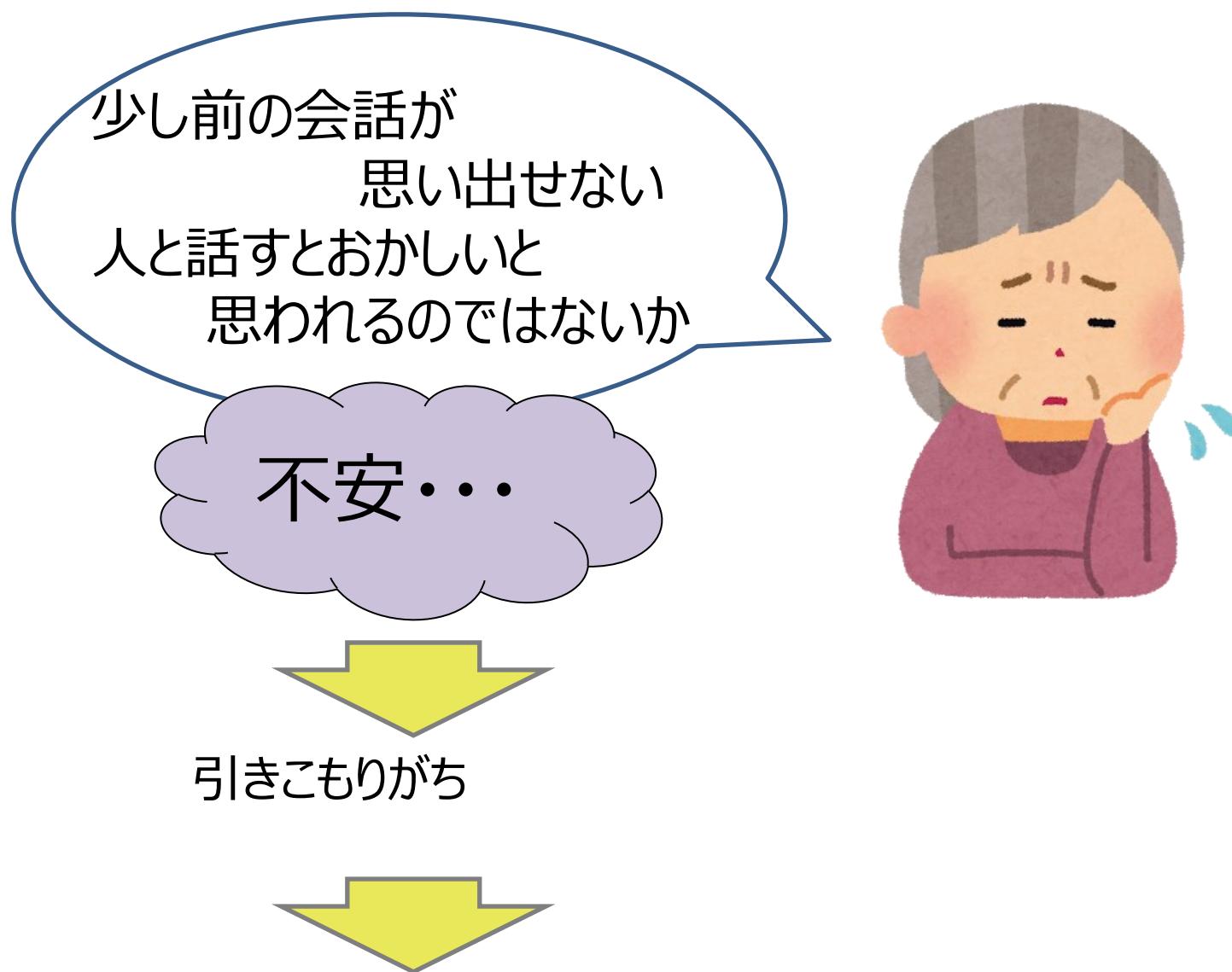
支援プラン①

電話詐欺への対策

区のサービスとして提供される『自動通話録音機』を紹介、設置された



支援プラン② 外出の機会、人との交流を増やす



世田谷区 認知症カフェ ハンドブック

どなたでも
参加できます。

- 認知症の方も!
- そのご家族も!
- 地域の方も!
- 大人も子どもも!

専門職へ気軽に
カフェには

世田谷区
令和元年9月



自宅近くで開催している**認知症カフェ**を紹介

Point

本人の性格や趣味に合わせたものを選ぶ

ものづくりをしているカフェと一緒に参加

- 折り紙や切り絵など手作業が好き

お隣の方と自然に話せて良かった。



作業難易度
⇒型抜きを使用
雰囲気
⇒なごやかで
和気あいあい

ケアマネジャーから、
介護保険の事を教えて
もらえた。

ミニコンサートを実施しているカフェに参加

- 音楽が好き

懐かしい曲をたくさん歌って楽しかった。



認知症と診断された人がいて、不安を話すことができた。

6ヶ月間の支援による成果

- Aさんは、どちらの認知症カフェも気に入り、継続して通えるようになった。認知症カフェで、不安な気持ちが相談でき、明るくなった
- 自動通話録音機には時々セールスの電話がかかっていることが分かり、娘が事前に対応できるようになった



今回 Aさんは、「認知症かも」という段階で支援とつながり、地域の活動の場を見つけることができ、もの忘れはあるが、いきいきと生活が送れるようになった。困っていた詐欺にも対策をとることができた。

認知症初期集中支援のあり方



- 本事業の目的は**早期支援と危機回避支援**(事前的対応)により**在宅生活の継続**を目指すことにある
- 認知症の人を早期に見つけだすことより、**認知症で困っている人やその家族を早期にみつける**ことが重要
- **当事者の価値や困りごとの明確化とその問題解決**
(医療や介護につなぐことや**“入院させたので解決”**ではない)
- **地域の中での「場」や「ケアする力」につなぐ** (継続性)
- 「在宅生活の継続」という当たり前をあきらめない

国家戦略の共通点 “入院を前提としないサービスモデル”



認知症の人の地域生活継続が困難となる最大の要因

行動心理症状(BPSD)の出現とその増悪
不適切な環境（ケア・治療を含む）が原因であることが少なくない

現状の対応

精神科病院への入院
平均在院日数700日

- **地域で支え切る「ケア力」蓄積が貧弱**
- **<日本の特殊な事情>**
- 精神科病床が異常に多い
- 医療保護入院制度

行動心理症状の**出現**の予防

発病後早期に適切な診断を受け
初期集中支援により適切な環境
を整え在宅生活を軌道に乗せる

初期集中支援機能

例) 初期集中支援チーム

行動心理症状の**増悪**の予防

行動心理症状が出現した際に
早期の診療や適切なBPSDケアを
行い、危機の解決を図る

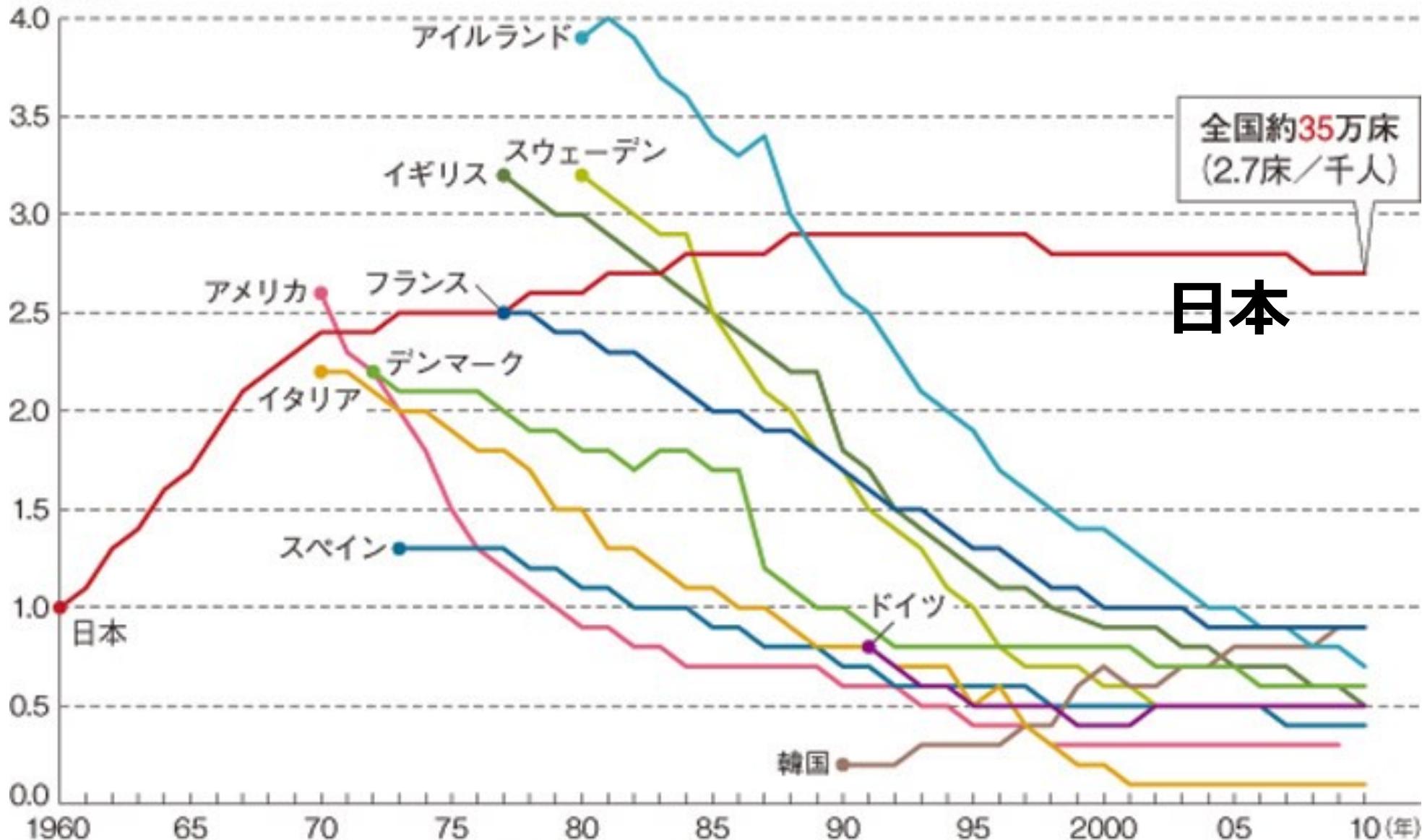
危機回避・解決機能

例) **BPSDケアの強化**・訪問診療

日本における認知症の精神科入院患者数の推移

多すぎる日本の精神科病床数 (ベッド数)

(床/千人)



(出所) OECD Health Data 2012、2002を基にウェッジ作成

精神科病院での認知症入院患者の平均在院日数 **695.3日**

国際的にみて特異な日本の状況

ナショナルケースミックスデータ分析による問題のあぶり出し (n=96429)

- 認知症入院患者の平均在院日数：695日
- 認知症による入院患者の20%が死亡退院
- 死亡退院の多さは、地域の精神科病床数の多さ、及び地域訪問サービスの少なさと関連



以下 2 点を同時並行して進める必要性

- 行動心理症状に対する適切な地域訪問型支援システムの確立
- 精神科病床の削減：吸引効果を下げる必要性

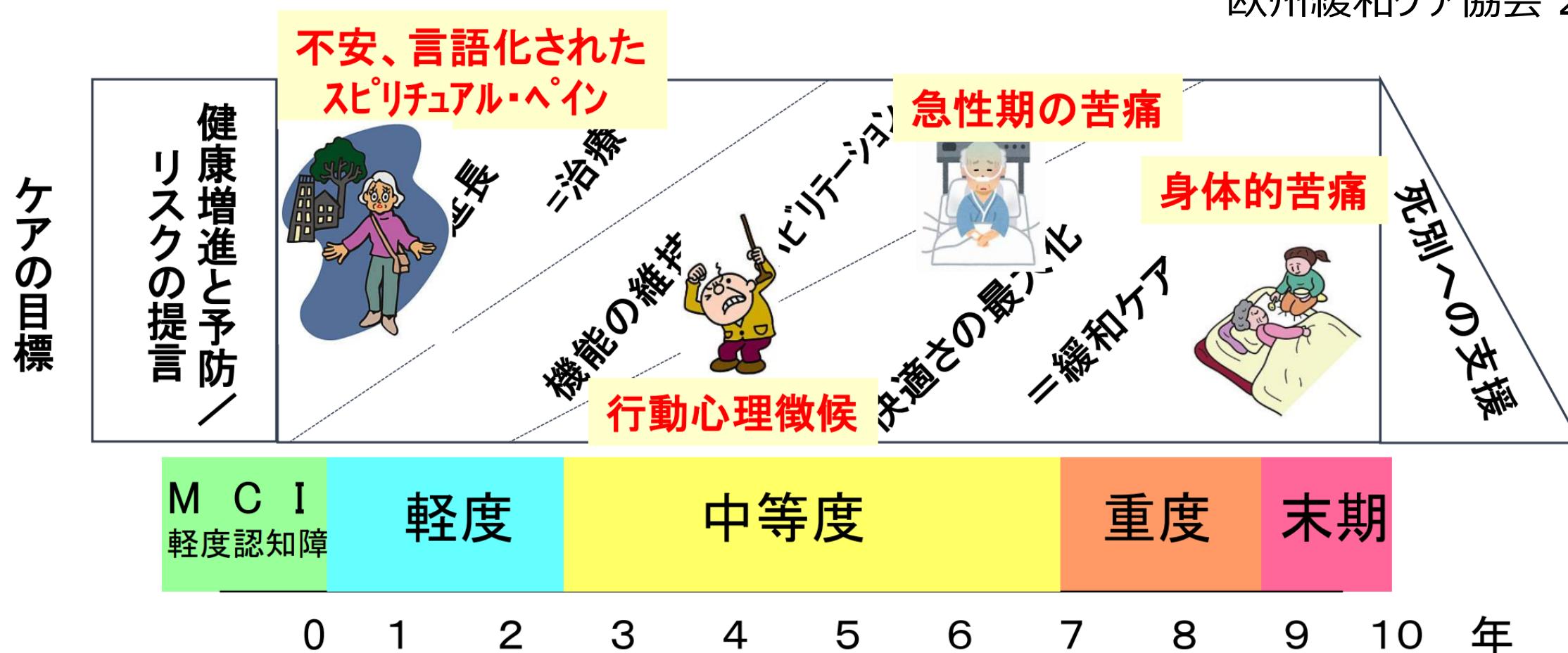
Nakanishi&Nishida, Alzheimer's & Dementia, 2017

認知症の緩和ケアアプローチ

認知症の緩和ケアアプローチとは、単に身体的苦痛をとる治療やケアにとどまらず、認知症の行動心理症状、合併する疾患、および健康問題の適切な治療を含む、認知症のすべての治療とケアを意味するものである

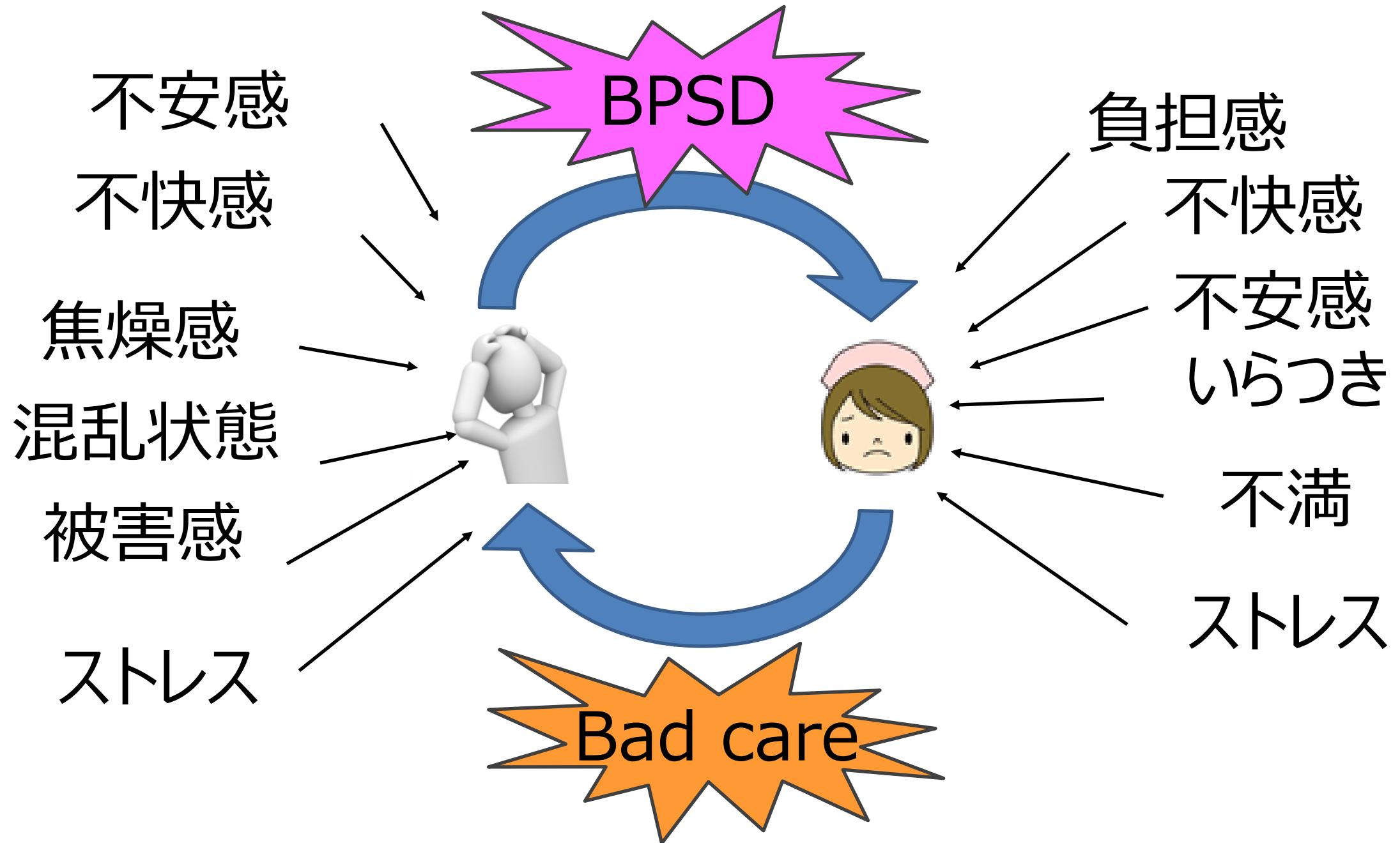
アルツハイマー病その他の進行性の認知症をもつ高齢者への緩和ケアと治療に関する提言

欧州緩和ケア協会 2015



認知症高齢者と看護・介護者との間に起こる悪循環

中核症状から生じる認知症者の不安を解釈・推論する



加藤伸司：「痴呆による行動障害（BPSD）の理解と対応．高齢者痴呆介護実践講座Ⅱ」 2002

- 介護施設での疼痛有症率：約50%（動作時のみ）
（Takai et al, 2011）
- 在宅高齢者の慢性痛有症率：60-70%
（笠井, 梶田, 2001; 赤嶺, 新城, 2002 ; 古田他, 2014）
- 痛みによるADL低下、抑うつ傾向、不安、睡眠障害、転倒、社会生活などへの悪影響（AGS, 2002; Cadogan, et al., 2008）
- 就労・社会生活への影響やドクターショッピング（医療不信につながる）
- 医療者の誤認：「痛みを訴えないから痛くはないだろう」等
- 高齢者は様々な理由で自ら痛みを訴えてこない傾向がある
- 認知症などによる認知機能低下により痛みを訴えられないこともある

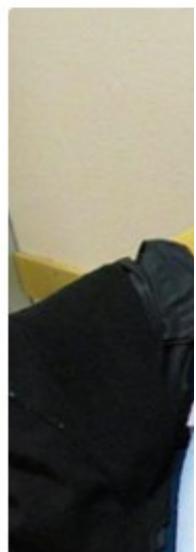
➡ **痛みへのアセスメントやケアが重要**

スウェーデン発、BPSDの評価とケア計画のためのICTツール



Start Om B

Välkom



Kvalitetsregister

Registrering Historik Person Ny Spara Signera Ta bort

Datum: 2015-10-15 Deltagare vid registrering: [] ?

NPI-skattning Tänkbara orsaker **Vårdåtgärder** Läkemedel Meddelande

B Fysisk aktivitet - Riket

Musik/sång ggr/v NPI

Aktivering ggr/v NPI

Lugn ljudmiljö ggr/v NPI

Övrigt ?

Diagram NPI poäng

- A. Vanföreställningar
- B. Hallucinationer
- C. Agitation/upprördhet
- D. Depression/nedstämdhet
- E. Ängest
- F. Upprymdhet/eufori
- G. Apati/likgiltighet
- H. Hämningslöshet
- I. Lättretlighet/labilitet
- J. Motorisk rastlöshet
- K. Sömnstörningar
- L. Matlust och ätstörningar



東京都「認知症ケアプログラム推進事業」による オンラインシステム（DEMBASE）



行動心理症状を
メッセージとして
読み解く

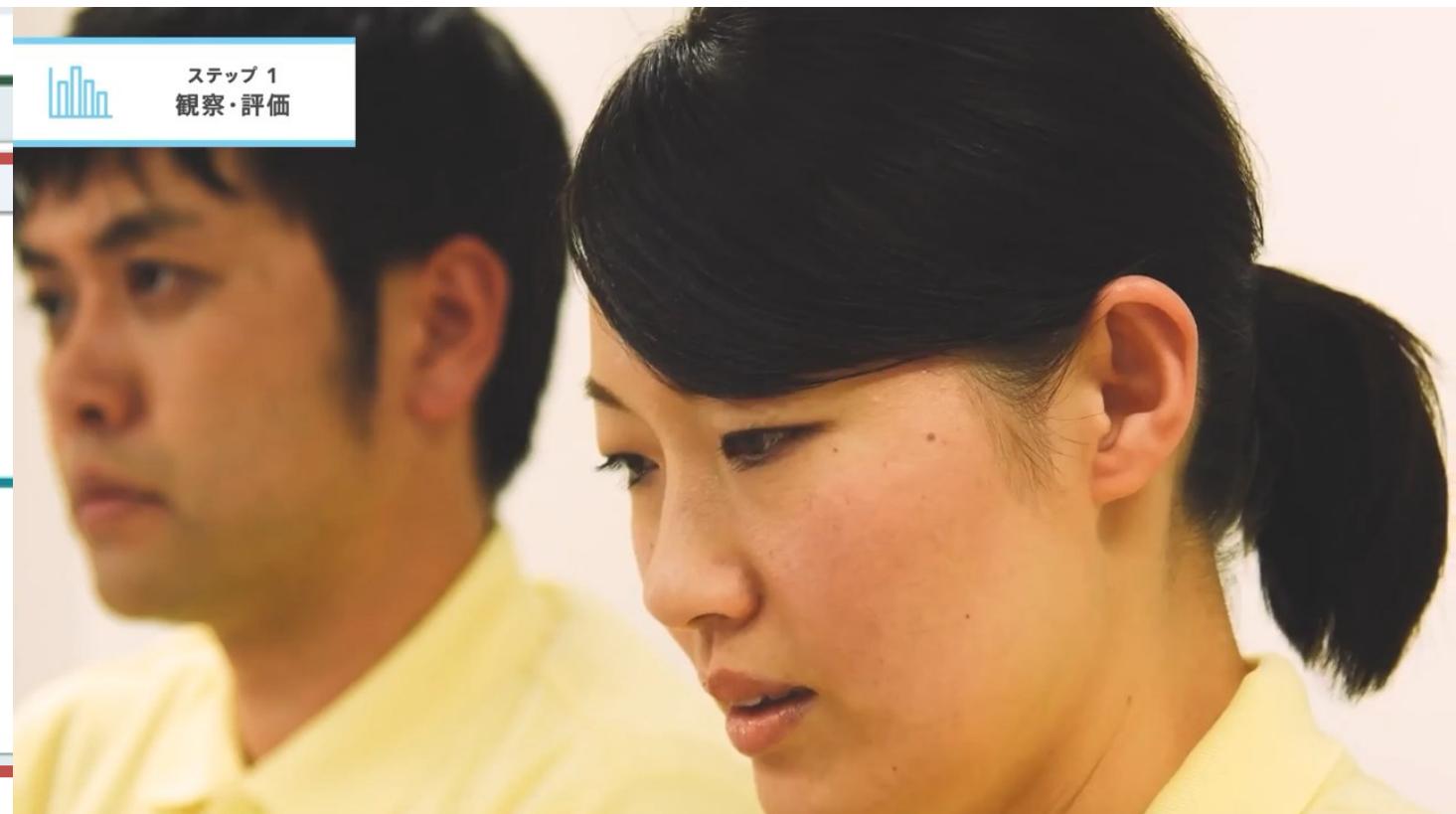
- 1. 観察・評価**：介護者の観察からBPSD症状の**頻度・重症度**を評価し、“DEMBASE”に入力化
- 2. 背景要因の分析**：行動の**背景**となる本人の**ニーズ**を分析
- 3. ケア計画**：ニーズに沿った**BPSDへの対応の計画**を立てる
- 4. 実行**：一定期間、介護者**全員**で**統一したケア**に取り組む
数ヶ月後に再度DEMBASEで評価し、経時的な変化を確認

DEMBASE

メニュー画面 | 利用者一覧

| 行動側面 | NPI評価 | | 行動の背景要因 | | | | 得点 |
|--------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|----|
| | なし 0 | 頻度 1 2 3 4 | 重症度 1 2 3 | | | | |
| A. 妄想 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| B. 幻覚 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | |
| C. 興奮 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| D. うつ・不快 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| E. 不安 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 9 | |
| F. 多幸 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | |
| G. 無為・無関心 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | |
| H. 脱抑制 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| I. 易刺激性・不安定性 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | |
| J. 異常な運動行動 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 | |
| K. 睡眠と夜間行動 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | |

| ケア計画 | |
|------------|---|
| 妄想A | ■ |
| 幻覚B | ■ |
| 興奮C | ■ |
| うつ・不快D | ■ |
| 不安E | ■ |
| 多幸F | ■ |
| 無為・無関心G | ■ |
| 脱抑制H | ■ |
| 易刺激性・不安定性I | ■ |
| 異常な運動行動J | ■ |
| 睡眠と夜間行動K | ■ |
| 食欲・食異常行動L | ■ |



DEMBASEとは 行動心理症状をメッセージとして読み解く

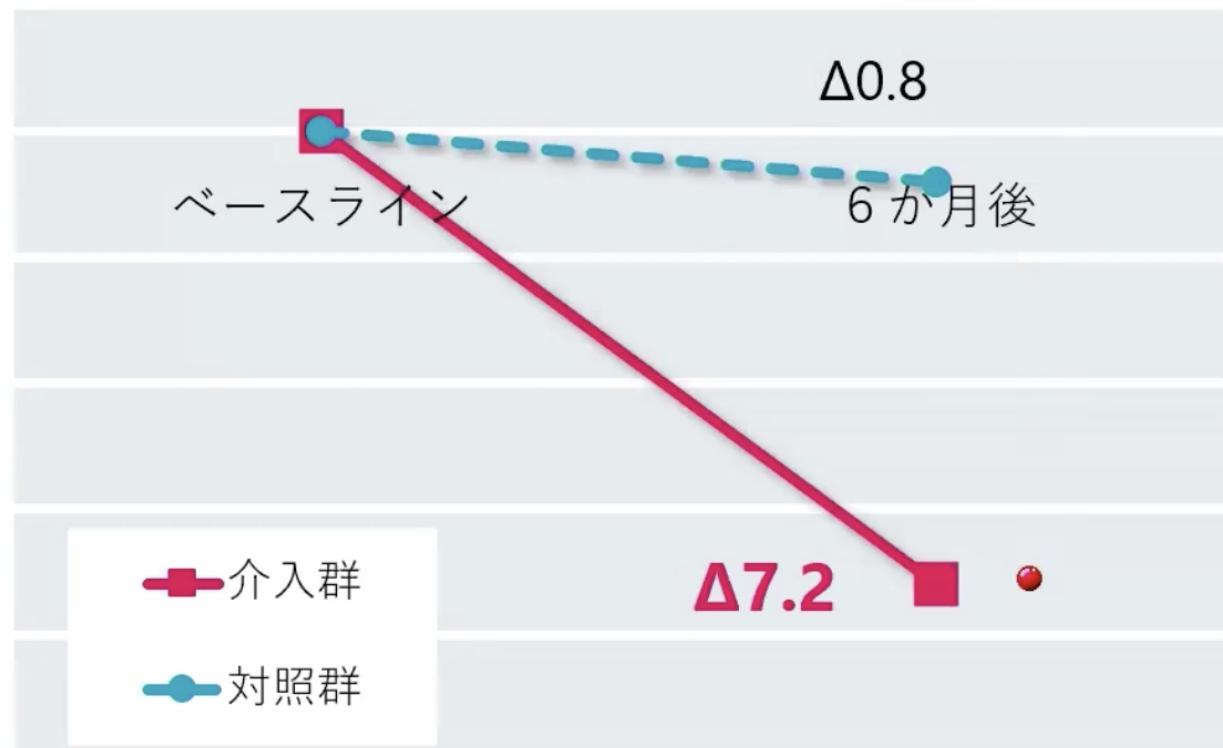
DEMBASE(デムベース、英称:DEMENTIA Behavir Analytics & Support Enhancement)では、ケアスタッフの皆で行動心理症状の《観察・評価》、《背景要因の分析》、《計画》、《実行》の4ステップを繰り返し継続しながら、ケアの質を高めていきます。

例 物盗られ妄想があり、家族に頻繁に電話をする人の場合

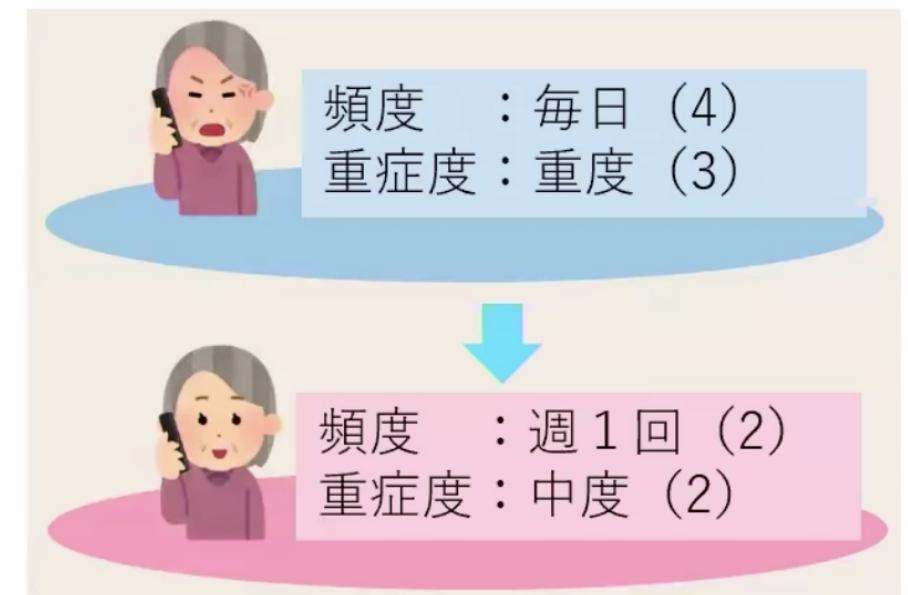


BPSDケアプログラムの有効性

- 2016年検証事業でケアプログラム実施した介入群はNPIが平均**7.2**減少
- 通常業務のみ実施した対照群（平均**0.8**）と比べ大きく改善



8点減少のイメージ



Q3 認知症の早期支援

- 1. 早期支援はどうあるべきか？
診断前、診断後**
- 2. 早期支援実現のために、何が必要か？
具体的なアイデアを出してみましよう**
- 3. ご自分が経験した認知症の方の
BPSDについて、その原因とケアによる
対処を考えてみましよう**

認知症ケア研修

4. 認知症の方への 倫理と意思決定支援

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

■ 認知症への差別や偏見

- ・本人に理解を確認し希望を聞き出すのに、時間と手間がかかる
- ・本人には分からないに違いないなどの先入観が生じる

■ 認知症の人たちのことを、“自分のフィルターを通じてみている”ことを自覚する

自分のみかたが認知症の人を評価し価値づけていることに、常に自覚的・内省的であることが必要

(箕岡, 2010)

- **認知症が多少進行したとしても、たいていの好みや希望は表現可能であり、本人の希望を直接確認することを意識する**

(小川, 2015)

- **先入観を排して、できる限り自己決定権を尊重できるようにする**

(箕岡, 2010)

**本人による意思決定を支援することで
本人の価値観に基づいたケア実践につながる**

日常生活上のケアにおける苦痛

姿勢

- 自ら姿勢を整えられない
- 褥瘡を起こしやすい

移動

- 勢いよく移動させられる
- 身体を引きずられる

食事

- 無理強いされる
- 自分のペースで食べられない

整容

- 髭を剃られる
- 髪の毛を強くとかされる



入浴・清潔

- 入浴させてもらえない
- 勢いよく湯をかけられる

更衣

- 拘縮により関節を動かす
- 無理に腕を引っ張られる

排泄

- 他人に下の世話になる
- 排泄物を見られる
- 陰部を見られる

(桑田, 2007一部改変)

倫理的判断が常に求められる認知症ケア



- 認知症患者の意向に目を向け対応しているか？
- 自分がされて嫌なことをしていないか？
- 認知症の人を子ども扱いしていないか？



認知症ケアの現場は、
常に倫理的判断が求められている
しかし、そのことが認識されていない現状がある

この現状を改善しないと意思決定支援は行えない・・・

ケアの基盤となる倫理的態度・1

拘縮の予防

- 身体を動かす機会を奪わない
- 関節の他動運動

安楽な呼吸

- むやみな吸引の回避
- 意向にそった呼吸補助

食を楽しむ

- 食べる機会を奪わない
- 好みを取り入れる

清潔保持

- 入浴・整容、口腔ケアを怠らない
- 汚れを見過ごさない
- 好みの方法を取り入れる



苦痛の緩和

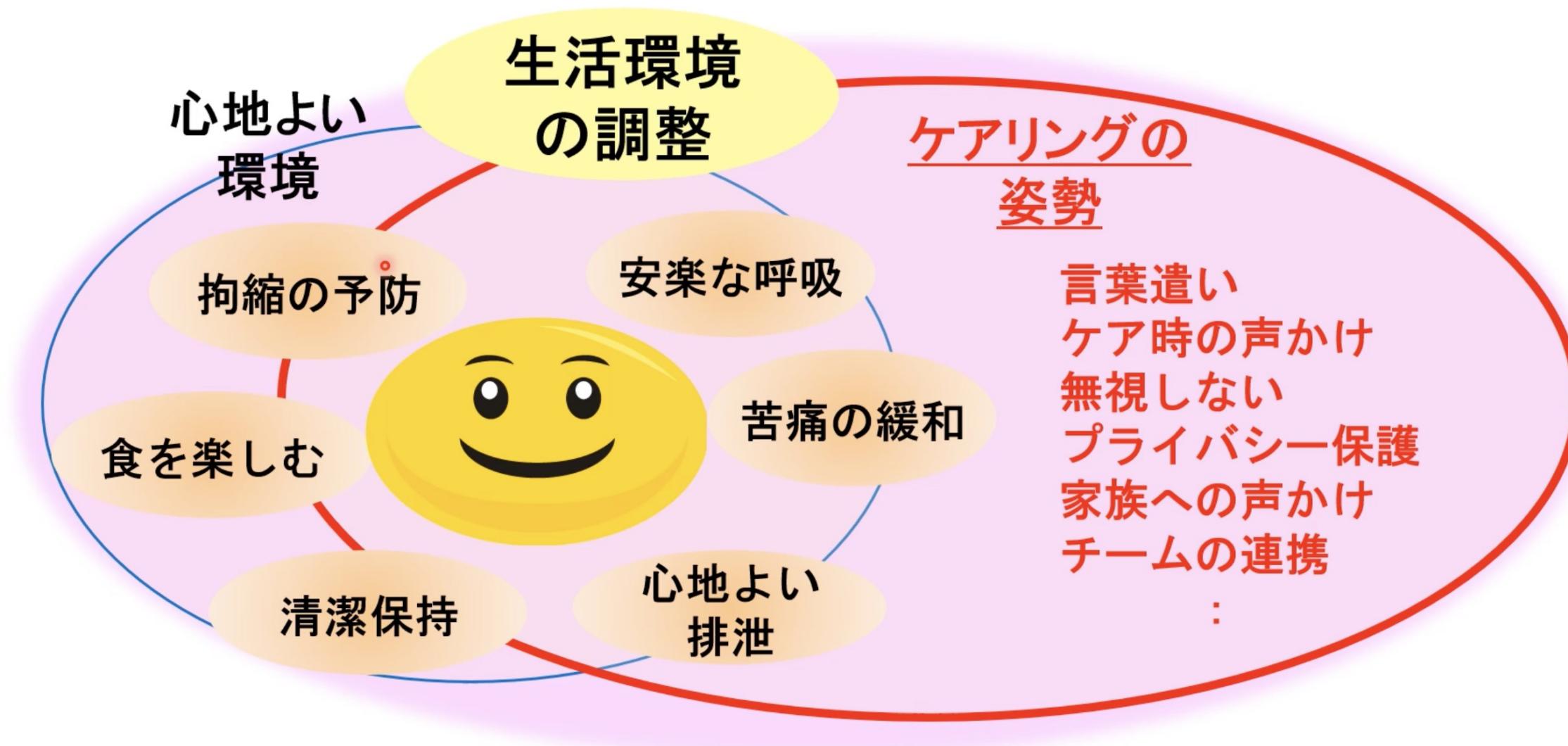
- 姿勢への配慮
- 慢性的な疼痛の緩和
- 苦痛を想像する

心地よい排泄

- 自然な排泄
- 苦痛や羞恥心への配慮

(ELNEC-JG M4 エンド・オブ・ライフケアにおける倫理的問題, 2024)

ケアの基盤となる倫理的態度・2



(ELNEC-JG M4 エンド・オブ・ライフケアにおける倫理的問題, 2024)

- 認知症を抱える人たちは疾患の進行や加齢に伴う機能の低下で、自分のことが自分でうまくできなくなっていく
- 他人の手を借りなければ生活を送ることが難しくなるからこそ日々繰り返される日常生活上のケアが大切となる

日々の生活の中で行われるケアを
本人の価値観に基づいて丁寧に行うことで
倫理的実践となり尊厳の保持につながる

- 薬の内服ができなくて体調を崩し入院となった。訪問看護の導入等勧めるが、「大丈夫だよ。訪問看護もいらないよ。独りでやってきたんだ」
- 前回、がんの告知、手術の必要性を説明。今回は本人の意思確認の予定だった。「えっ？私がんなのですか！？ 大変、どうしよう」
- 息子付き添いで来院。
「本人はわけわからないんで。縛ってでも何でも治療して下さい」
- どうしますか？
「本人に説明しても仕方がない。家族呼んで。」
（何かあったら誰が責任を取るんだ。）
「本人がそうしたいんだったらそうすれば。」
（本人の意向と書いておけばいいんだ。自己責任だよ。）

- **注意障害**
- **言語の障害**
 - 理解が難しい
 - 言葉の選択・表出が難しくなる
- **記憶障害**
 - 選択肢の記憶保持が難しい
- **実行機能障害**
 - 比較が難しい
 - 見通しを立てることが難しい
- **社会的認知の障害**
 - 周囲の影響を受けやすい

もの忘れ、比較や見通しの立てにくさ、言葉の解釈・表出の難しさがある
⇒ 真の意図を表出するうえで複雑なハードルがある

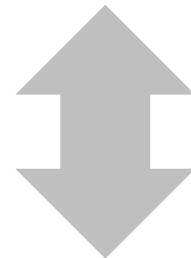


世田谷区認知症とともに生きる希望条例施行1周年記念イベント
基調講演 丹野智文 2021.11.06

Nothing About Us Without Us

私たちのことを、私たち抜きに決めないで

- 個人の尊厳を重んじ、尊厳にふさわしい生活を保障する
- 人は判断能力がないことが証明されない限り、判断能力があると推定される（能力推定の原則）
- たとえ認知機能障害があつたとしても、可能な限り本人の自己決定を補うための支援を行い、本人の意向や信条を重んじる



従来の保護的な対応
代理・代行

日本の意思決定支援の現状

- 障害者の権利に関する条約
(第12条 障害者の権利、意思及び選好を尊重)
- 成年後見制度利用促進法

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
(2018年改訂)

医政局総務課

身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
(2019年)

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
(2018年)

老健局総務課

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン
(2017年)

社会・援護局
障害保健福祉局

意思決定支援 6つの基本姿勢



1. 医療者を含む周囲の支援者は、本人が意思決定できるように可能な限り**本人の能力を向上させるための支援**を行う
2. 本人の多様な価値観を尊重した支援を行う。周囲の**支援者の価値観を押しつけない**
3. 本人が意思決定を〈できる・できない〉の判断は、決定の必要な**場面ごとに確認**する
4. 確認するために、本人の理解した内容を**本人の言葉で説明**していただく
5. 認知症の診断や成年後見等が開始されていることだけをもって、**意思決定能力を失っていると即断してはならない**
6. 意思決定が難しい時は、**チームでの支援**を検討する

- **意思決定能力の有無の判断が優先されるのではない**
- むしろ患者の意向の表明が、意思決定できると判定するラインを満たすように、どのような支援をするべきかを検討すべき例)
 - 治療方針を決めることに関連する情報を理解できているか
 - 合理的で先の見通しが立っているか
 - 一貫性があるか

注意点：

1. 意思決定能力 = 本人の個別能力 + **支援者の支援能力**
2. 意思決定能力は**場面ごとに判断される**
(「認知症だから」「なにもかもわからない」ではない)

Q4 認知症の方の意思決定支援

**認知症の方の意思決定支援において、
どのようなことに配慮すべきか**

- 1. 本人の意思や感情への尊重と共感**
- 2. コミュニケーションの工夫**
- 3. 本人の残存能力の活用**
- 4. 家族や介護者の協力**
- 5. 法的・倫理的な配慮**

認知症ケア研修

5. 認知症になっても希望の 持てる社会を目指して

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

認知症数



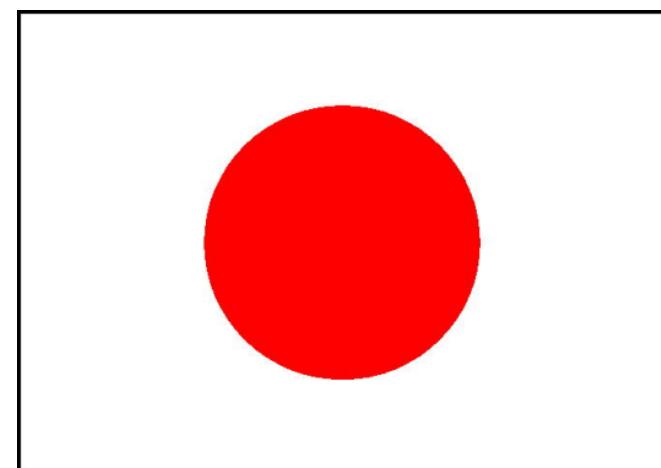
70万人



85万人



25万人



462万人

2012年

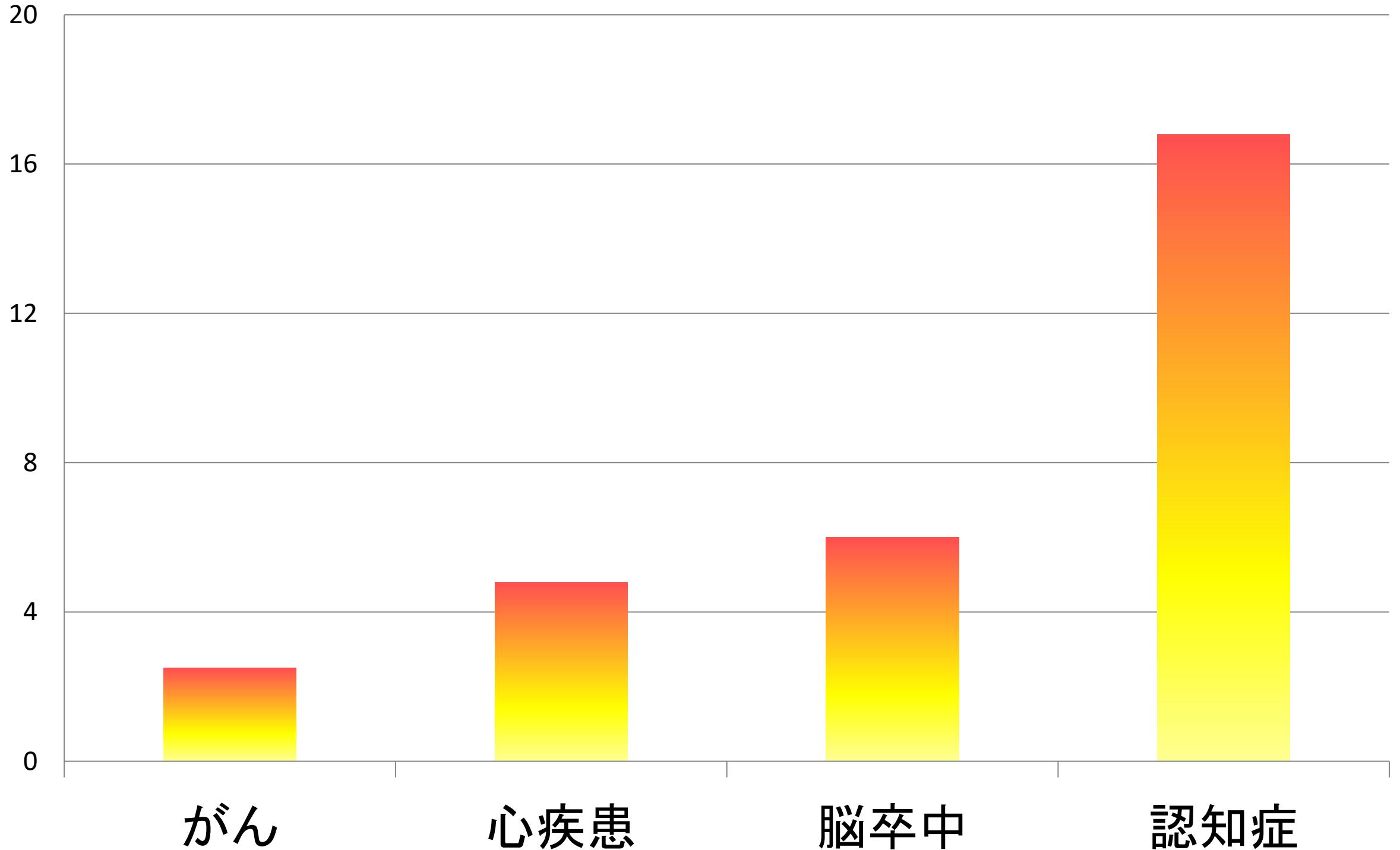
厚労省認知症対策総合研究事業 平成23~24年度
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」

認知症の社会的費用

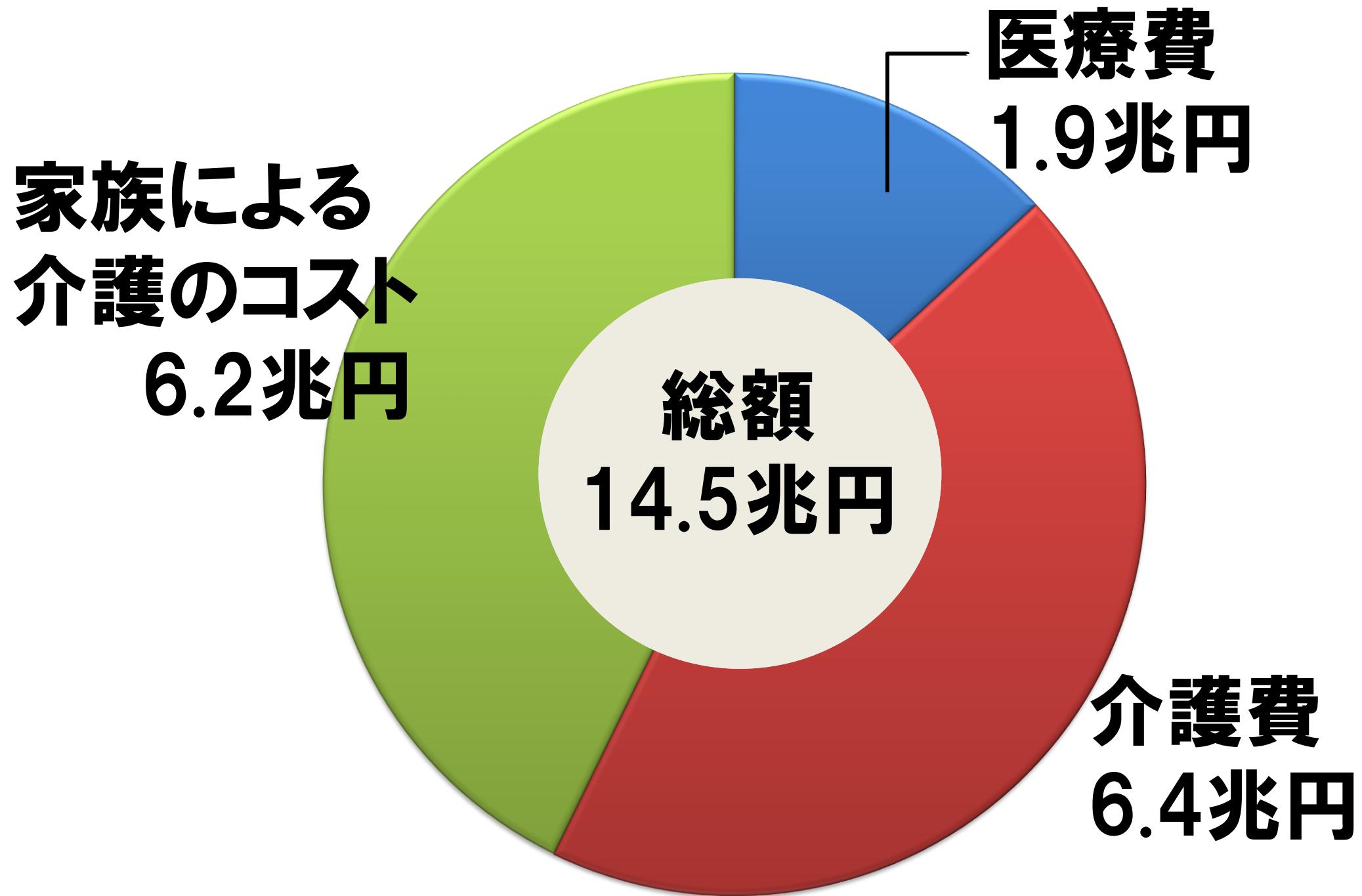
2012年 イギリス
認知症 70万人



£10億 (=1.7兆円)



英国アルツハイマー病協会 2012



厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
(H25-認知症-一般-005(平成 25-26 年度))

厚労省から国の認知症施策の基本方針が発表 「今後の認知症施策の方向性について」 2012年6月18日



厚労省の関係部局幹部による「認知症施策検討プロジェクトチーム」（主査＝藤田一穂厚労政務官）は18日、今後の認知症施策の方向性をまとめた報告書を公表した。

「かつて私たちは**認知症を何も分からなくなる病気**と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の**人を疎んじたり、拘束するなど不当な扱い**をしてきた。」

このプロジェクトは「**認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない**」という考え方を改め、認知症になっても**本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現**を目指している

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**

認知症ケアの流れを変える

これまで

認知症の進行



危機的状況

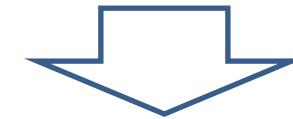


精神科入院や
施設入所へ

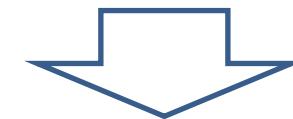
さらに悪化

これから

認知症の初期



早期診断・介入



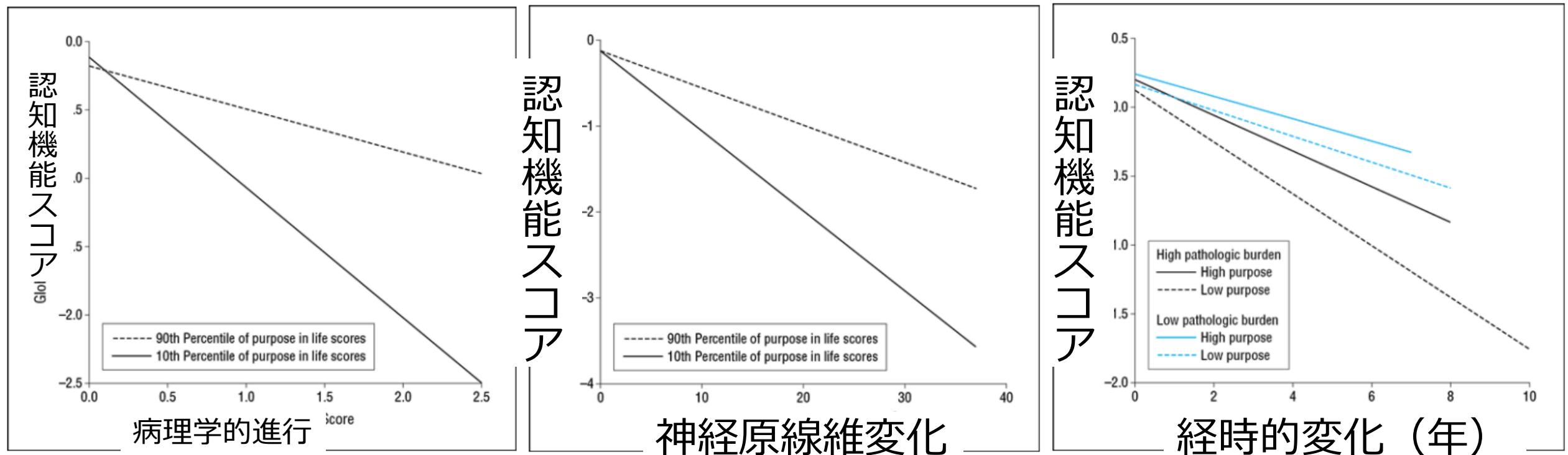
自宅での生活を
出来るだけ長く

予後の改善



認知症と生きがいに関する研究

- アルツハイマー病の経過は、生きがいをどの程度感じて生活できているかによって、大きく異なることが明らかとなった。
- 脳の病理的変化が進んだとしても、「生きがいの感じられる生活」が送られていれば認知機能低下は緩やかとなる。



Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age - Boyle, *JAMA Psychiatry*, 2012

「生きがい、生きる意味」を奪われると、
認知症の進行は加速する

治療薬ができれば良い

まわりに迷惑を
かけたくない

仕事やボランティアを
続けたい

今の状態や生活を
維持していきたい

まわりの人と
仲良く暮らしたい

自分のしたいことを
続けたい

できる限り自宅で
暮らしたい

元気で長生きしたい

家族と一緒に
暮らし続けたい

不安

家族がいなくなるかも
しれないと心配

まわりの人と
関わり続けたい

今のままで良い

穏やかに暮らしたい



参加・役割担うと認知症2割減

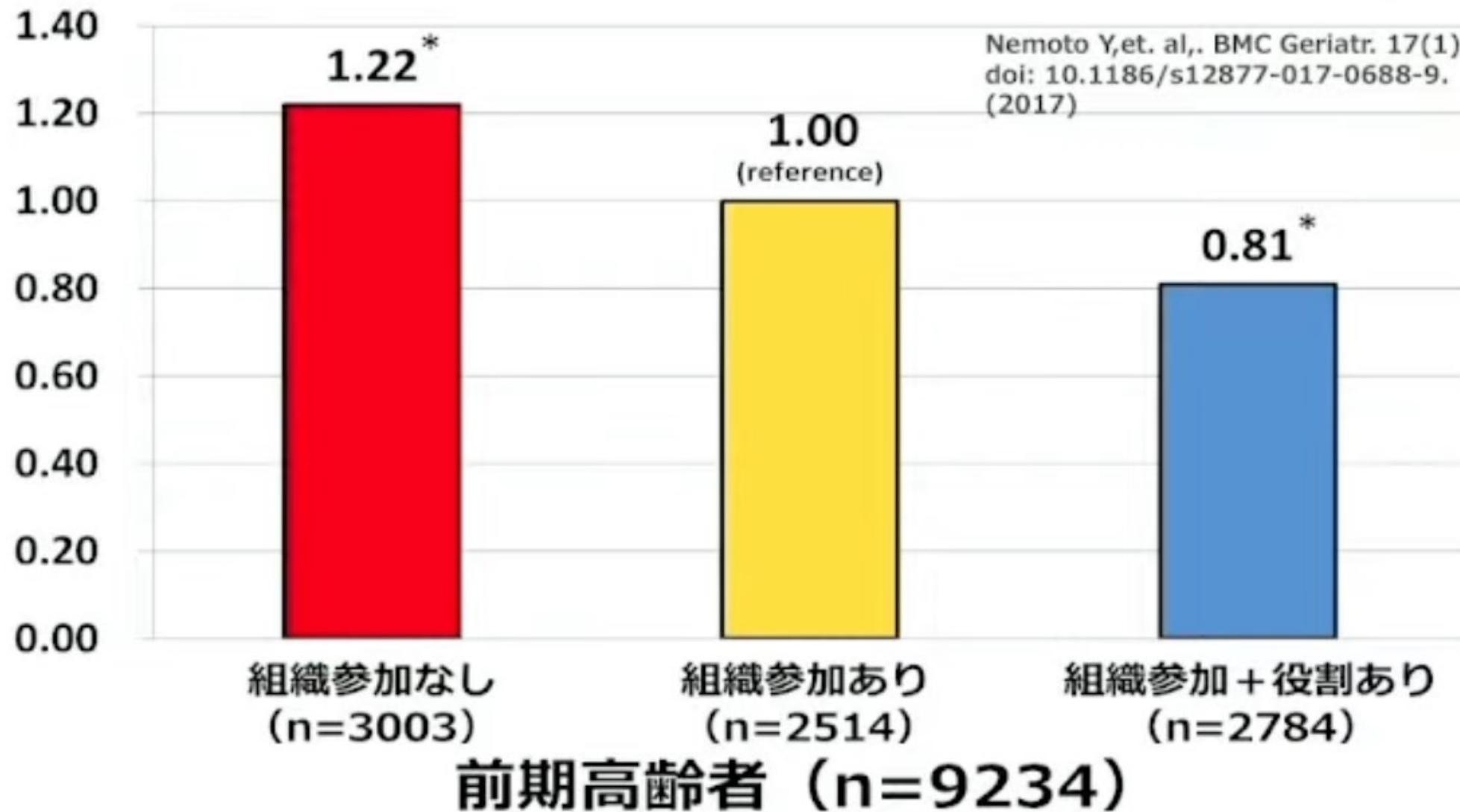


前期高齢者では、地域活動の非会員は一般会員よりも認知症発症リスクが22%高く、役割者では19%低い。

*統計学的に意味のある違いが認められたもの

Nemoto Y, et. al., BMC Geriatr. 17(1):297.
doi: 10.1186/s12877-017-0688-9.
(2017)

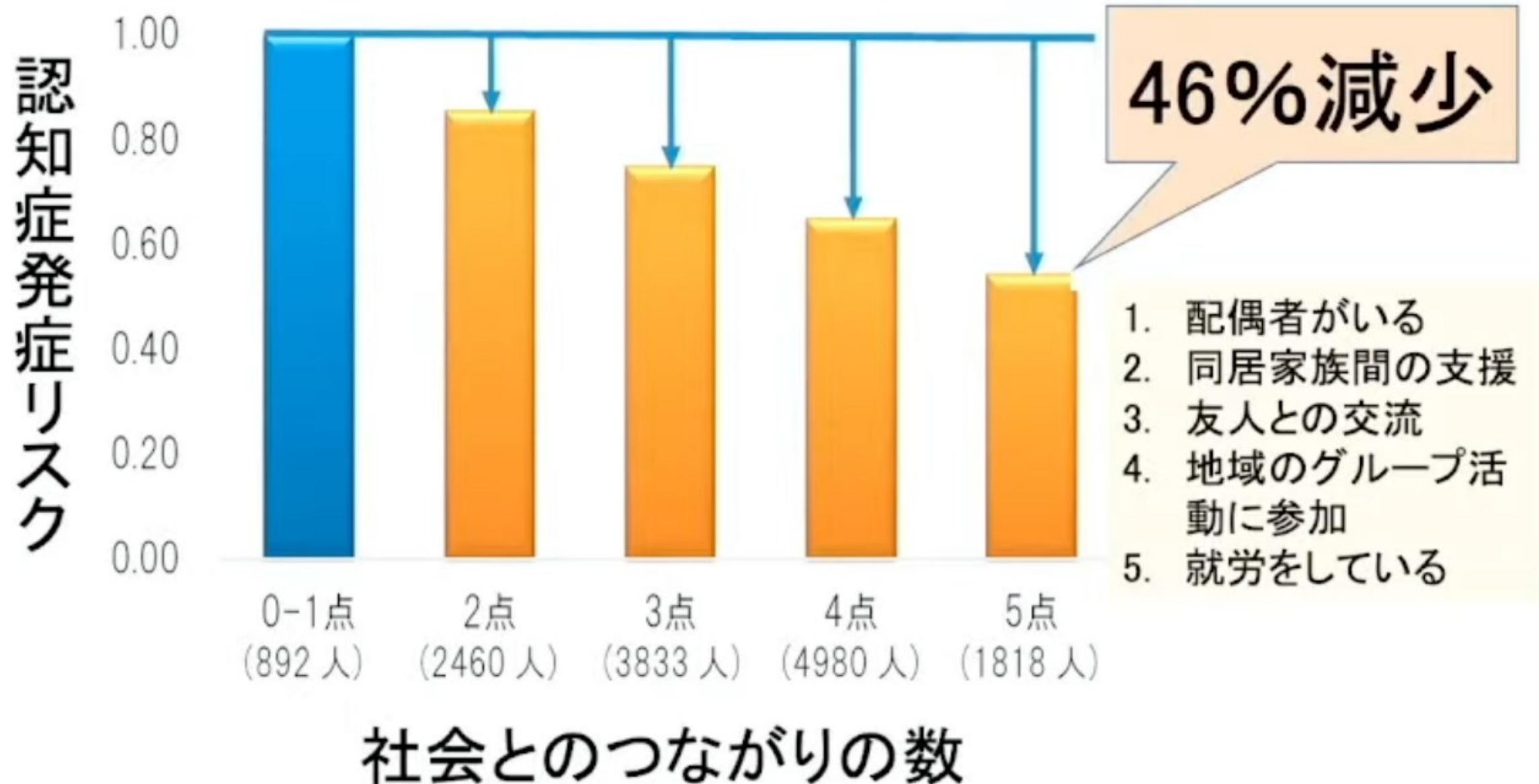
認知症を伴う要介護認定発生のハザード比



※性、年齢、教育年数、婚姻状況、居住形態、就業状況、歩行時間、既往歴（心疾患、脳卒中、高血圧、糖尿病）、飲酒、喫煙、抑うつ、IADLを考慮した解析
※※各対象者数は欠測値の補完前の対象者数を示す。

13984名を9.4年追跡

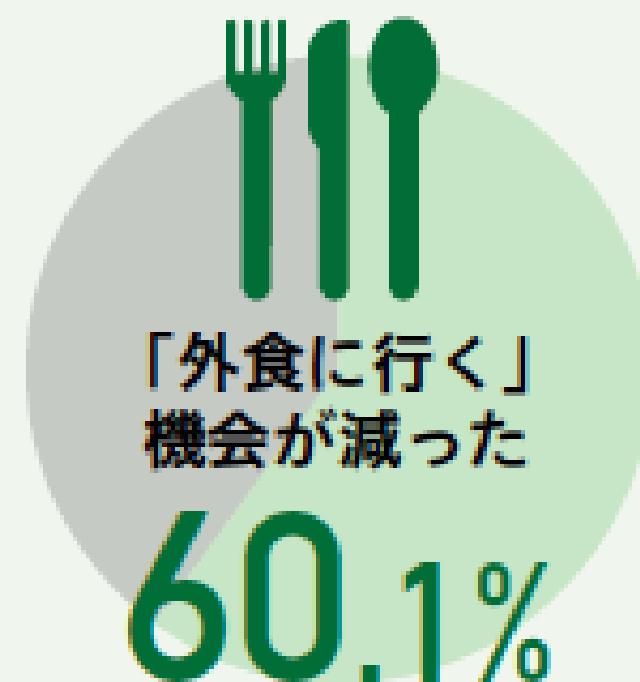
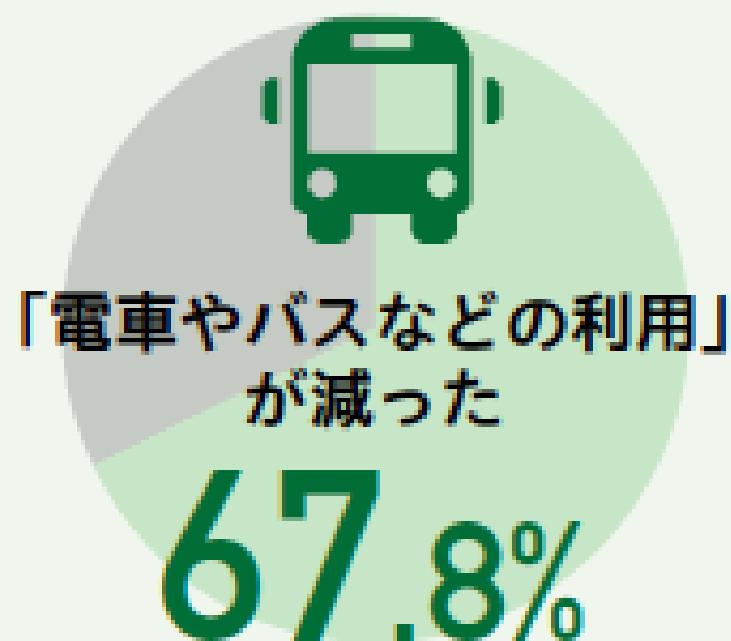
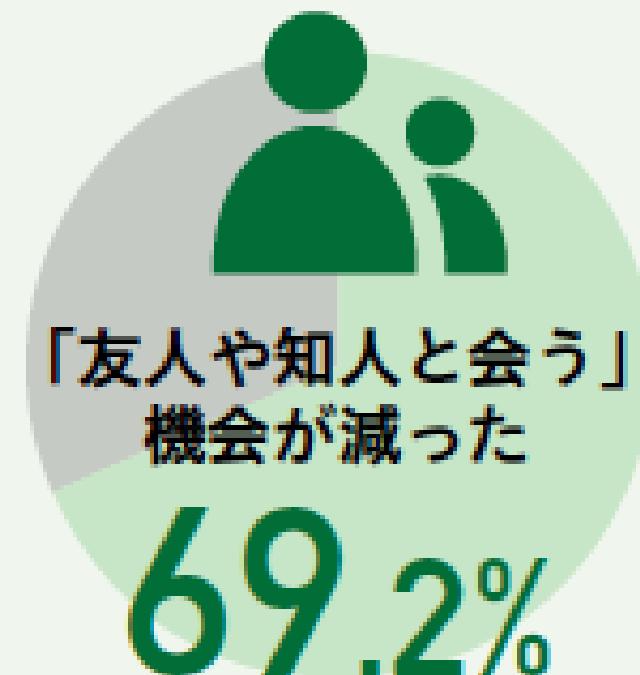
社会との多様なつながりがある人は 認知症発症リスクが半減



認知症があると、外出や交流がおっくうになる



認知症になることで、
外出や交流の機会が減っています。
(「回数や頻度が減った」、「活動をやめた」と答えた人の割合)



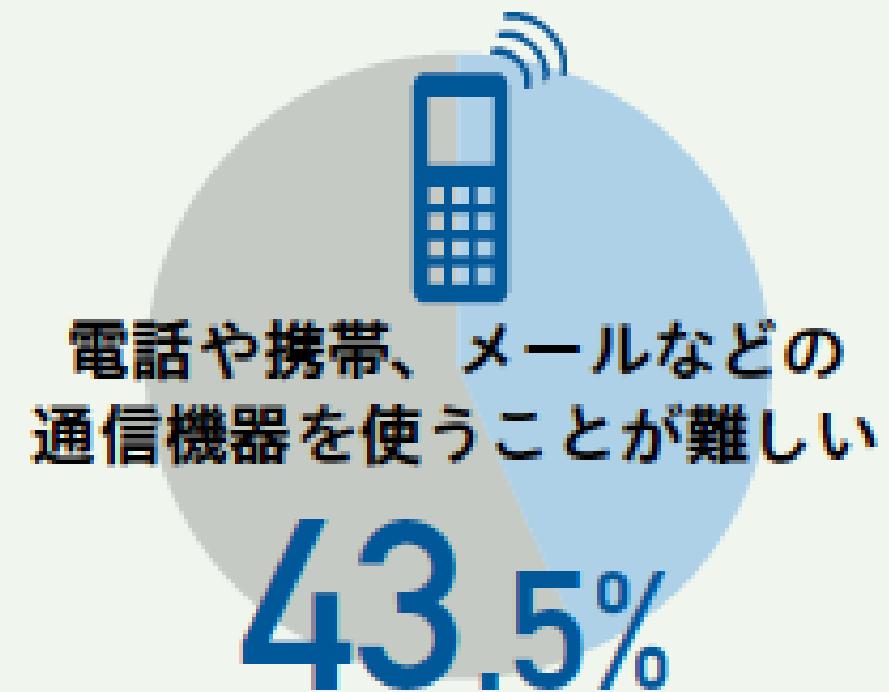
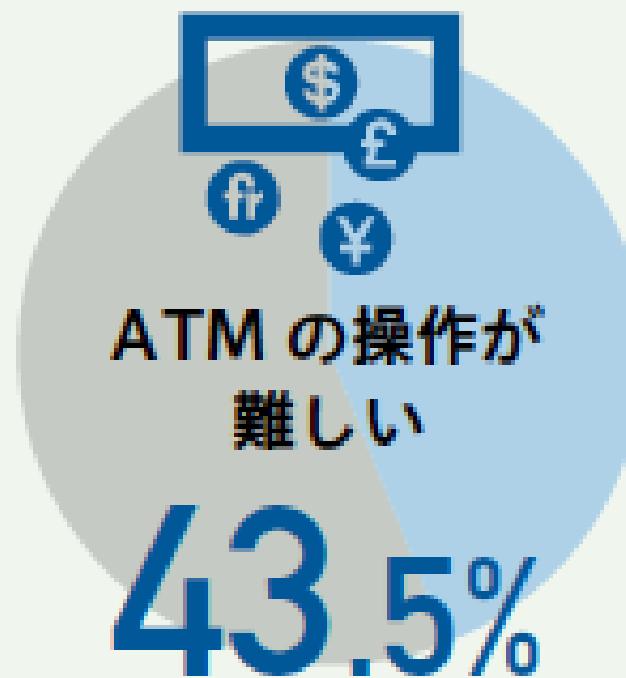
認知症があると、外出や交流がおっくうになる



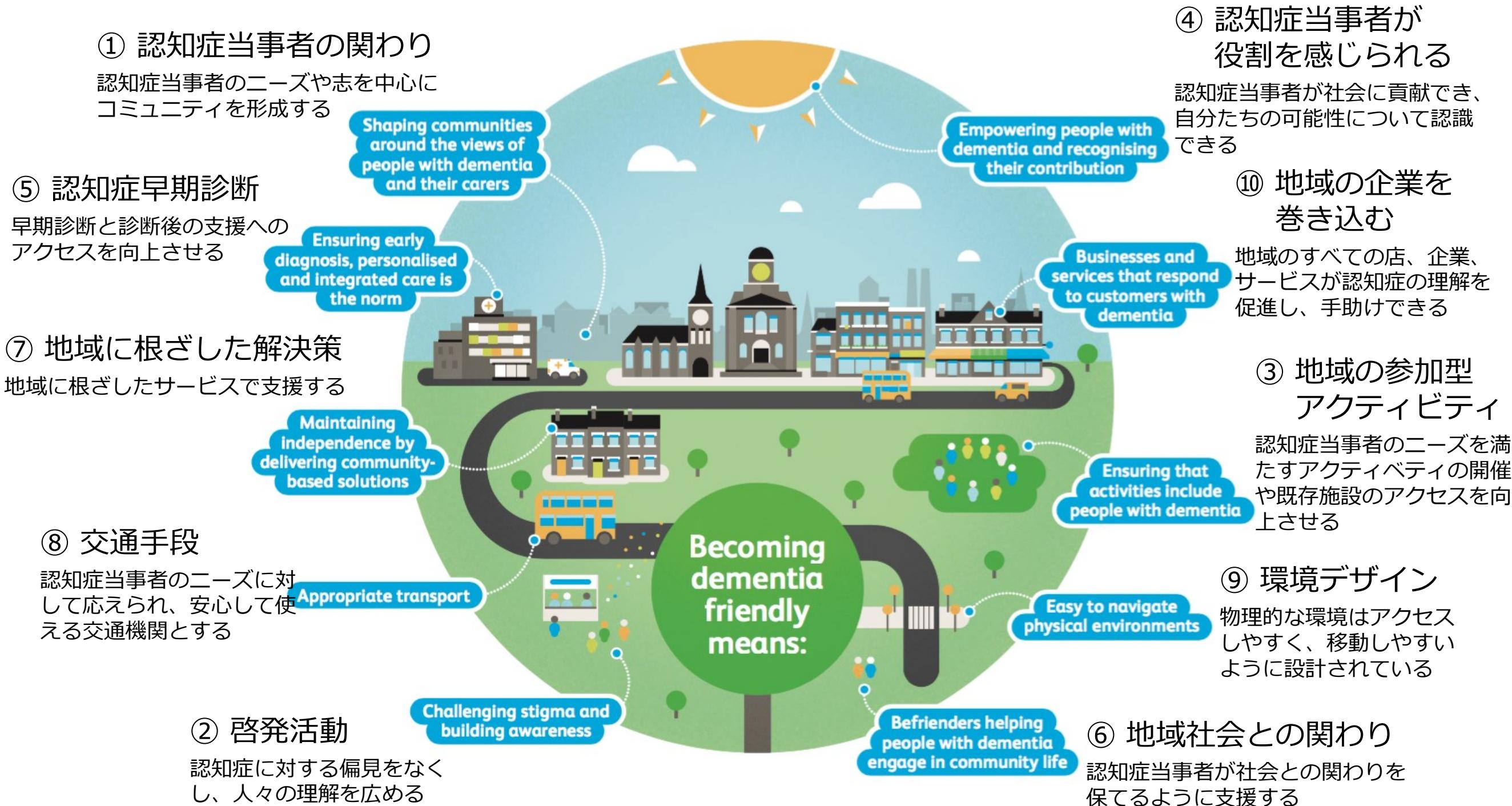
活動や交流の減少には、
理由があります。

(認知症の人が日常生活のなかで困っていること)

(「困っている」、「活動の妨げとなっている」と答えた人の割合)



英国の認知症フレンドリー社会を達成するための10のキーとなる要素



出典：Alzheimer's Society (2013)

「認知症デザイン」による解決。例えば、、、

認知症の人が抱える課題に対応して環境をデザインする

<ドア>

- すぐわかってほしい箇所、分かってほしくない箇所を分ける
- トイレや自室のドアは、かべと明確な色のコントラストをつける
- あまり行ってほしくない場所のドアはコントラストをつけず、まわりに溶け込むような色にする

トイレ



目についてほしい

事務室



開けてほしくない

<床>

- 色調の変化は、段差と間違える
- 暗い色の敷物は、床に穴が空いているように見える
- ぴかぴかの床は、濡れて滑りやすいとか、水たまりがあると勘違いされる
- 斑点模様は避ける



段差に見える



水たまりに見える

自立を促進する環境を整備することで、不安やストレスを軽減する



トイレに行きたい

障害する環境

トイレの場所が分からない



字が読めない



便座はどこ?!



失敗して
しまった



促進する環境

トイレの場所がみえる



ここがトイレとわかりやすい



便座が認識しやすい



うまく
できた



課題に
合わせた
環境整備

認知症当事者をささえるとは

「認知症支え合う社会作りを」
国際アルツハイマー協会国際会議
2017 丹野智文さんスピーチ



私は日本の認知症ケアが、
「**本人を守る = 何でもやってあげる**」
と感じることが多い。

私たち当事者にとって大事なことは、
「**自己決定をして自分の過ごしたい生活
ができているか**」ということ。

守られるのではなく、**目的を達成する
ために支援者の力を借りて、課題を乗
り越えることが必要**だと感じます。

スピーチより抜粋

■ 町田市「DAYS BLG!」



認知症 x はたらく

■ 町田市 「DAYS BLG!」



- 認知症の人はニーズの塊でもない
- ニーズアセスメントでは不十分
- 能力（強み）アセスメントの時代へ

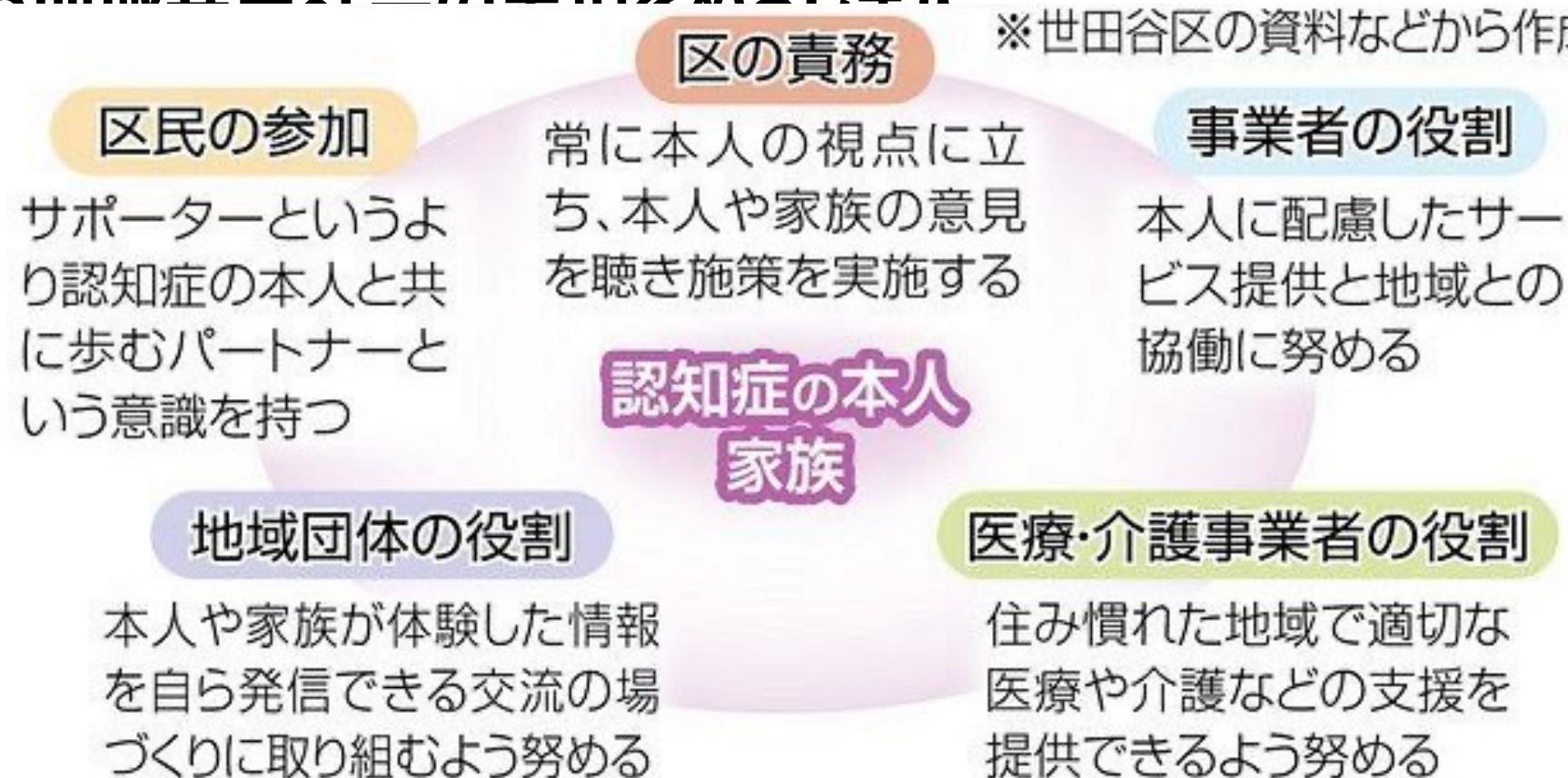


- その人の潜在・残存能力が最大限引き出される環境作りを支援する
- その人の活躍の場、活躍の機会を最大化

基本理念

- 認知症の本人が、自分らしく生きる希望を持つことができ、どの場所で暮らしていても意思と権利が尊重され、本人が自らの力を発揮しながら安心して暮らし続けることができる地域をつくります。
- 区民や区内で活動する団体・事業者等が認知症に深い関心を持ち、自分のことと考え、参加と協働により 認知症とともにより良く生きていくことができる地域共生社会の実現をめざします

※世田谷区の資料などから作成



認知症に対する考え方の大改革

オールドカルチャー

他者視点、問題重視、地域から疎外、絶望

1. 認知症は他人事、対象、一方的提供
2. 本人はわからない、できない
3. 自分らしさがなくなる
4. 本人は問題を起こす人、社会の負担
認知症バリアに無関心
5. 本人の声を聴かない、語れる配慮なし
周囲が決めて、本人を枠にはめる
人として当たり前（権利）無視
6. 地域から切り離す、呆然とした日々、
支えられる一方
7. 諦め、孤立、暗く、**絶望的**

ニューカルチャー

本人視点、可能性重視、共生、希望

1. 認知症は自分事、本人が主体、共創
2. 本人はわかること、できることがある
3. 本人らしさが（最期まで）ある、磨かれる
4. 本人は認知症バリアで苦しんでいる人
認知症バリアフリーを本人とともに進める
5. 本人の声を聴く、本人が語れるよう注力
本人が決め、自分らしく暮らす（支援）
人として当たり前のことを守る
6. 地域とのつながり深め共生、心豊かな日々
地域の大事な一員として活躍、支えあう
7. 諦めず、楽しく、**希望をもって**

Q5 認知症と社会のあり方

テーマ 「認知症の方が暮らしやすい社会をつくるには」

1. どのような工夫や課題があるか？

2. 当事者の方が活躍できる場をつくるには？