

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. 基本知識 編
3. 診療における実践 編
4. 地域・生活における実践 編

令和5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）

かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会 編

認知症対応力向上研修の目的

1. 認知症の人や家族を支えるためのかかりつけ医の役割を理解する
2. 認知症の本人の視点を重視したアプローチについて理解する
3. 認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解する
4. 認知症の診断・治療の基本とケアの原則を理解する
5. 認知症の人と家族への支援の現状と制度を理解する
6. 認知症の人や家族を支えるための医療機関、介護事業者、地域が連携した生活支援の重要性を理解する

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ることを理解する

到達目標：

- 認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、
かかりつけ医の役割を理解する
- 認知症の人の本人視点を重視したアプローチ
の重要性を理解する
- 早期診断・早期対応の意義・重要性を理解する

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

〔役割10〕

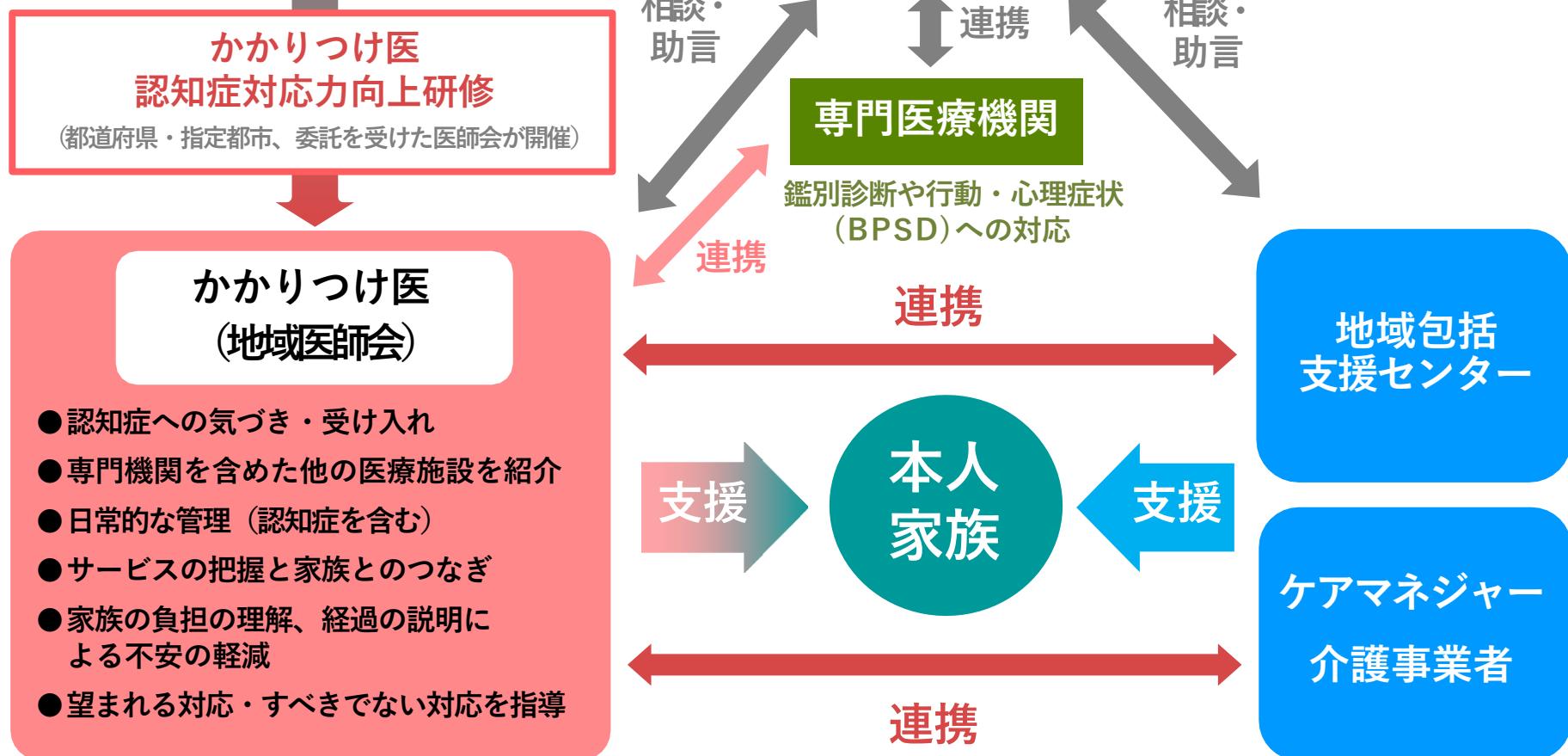
- 早期段階での発見・気づき役になる
- 認知症に対する相談や心配に適切な対応をする
- 日常的な身体疾患への対応、健康管理を行う
- 家族の介護負担、不安への理解を示し、共感的な精神的支えとなる
- 専門医との連携構築を行い、チームアプローチのコーディネーターとなる
- 適切に専門医療機関への受診誘導を行う（医療連携）
- 地域の認知症介護サービス諸機関や多職種との協働・連携を行う

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

〔役割16〕

各都道府県・指定都市の 研修の企画立案等を担当する医師 認知症サポート医・医師会)

企画・立案



認知症診断後の介入とサポートのあり方

〔役割18〕

～ 診断後の本人や家族の不安 ～

『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』

『これからの変化や症状についての説明がなかった』

『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』

『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは、不十分
- 本人と家族の受けける心理的打撃や将来への不安の緩和が重要
- 個別性と柔軟性の高い手段での介入やサポートが必要
- 本人や家族の話に共感し、傾聴する姿勢が必要不可欠

認知症啓発の説明のポイント

〔役割20〕

- 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、進行性の認知症であっても認知機能障害の進行
を遅らせることができる
- 適切な治療とケアにより本人の症状を緩和し、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、認知症の人と家族を地域全体で支えていく必要があ
る
- 認知症の人と家族を地域全体で支えるサポート体制や
様々な支援があり、活用が可能である
- 認知症は、適切な対応や治療により発症を遅らせたり、
進行を予防できる

認知症の予防の考え方

〔役割21〕

一次予防 (認知症の発症遅延や発症リスク低減)

- 運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防
- 社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持
- 介護予防の事業や健康増進事業と連携

二次予防 (早期発見・早期対応)

- かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 認知症初期集中支援チームによる訪問活動
- かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携

三次予防 (認知症の進行の予防と進行遅延)

- 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応
- 認知症バリアフリー、不安の除去と安心・安全な生活の確保

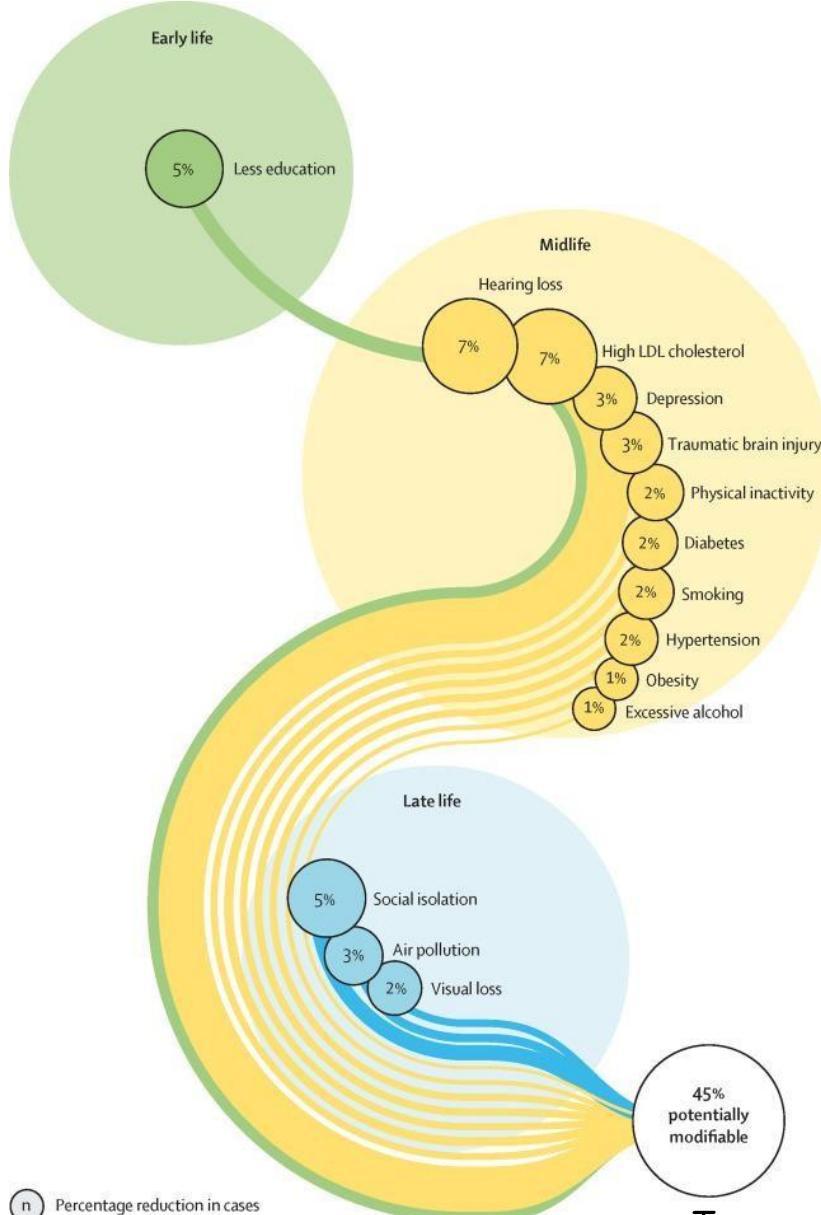
The Lancet Commissions



Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shirai, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad*, Naaheed Mukadam*

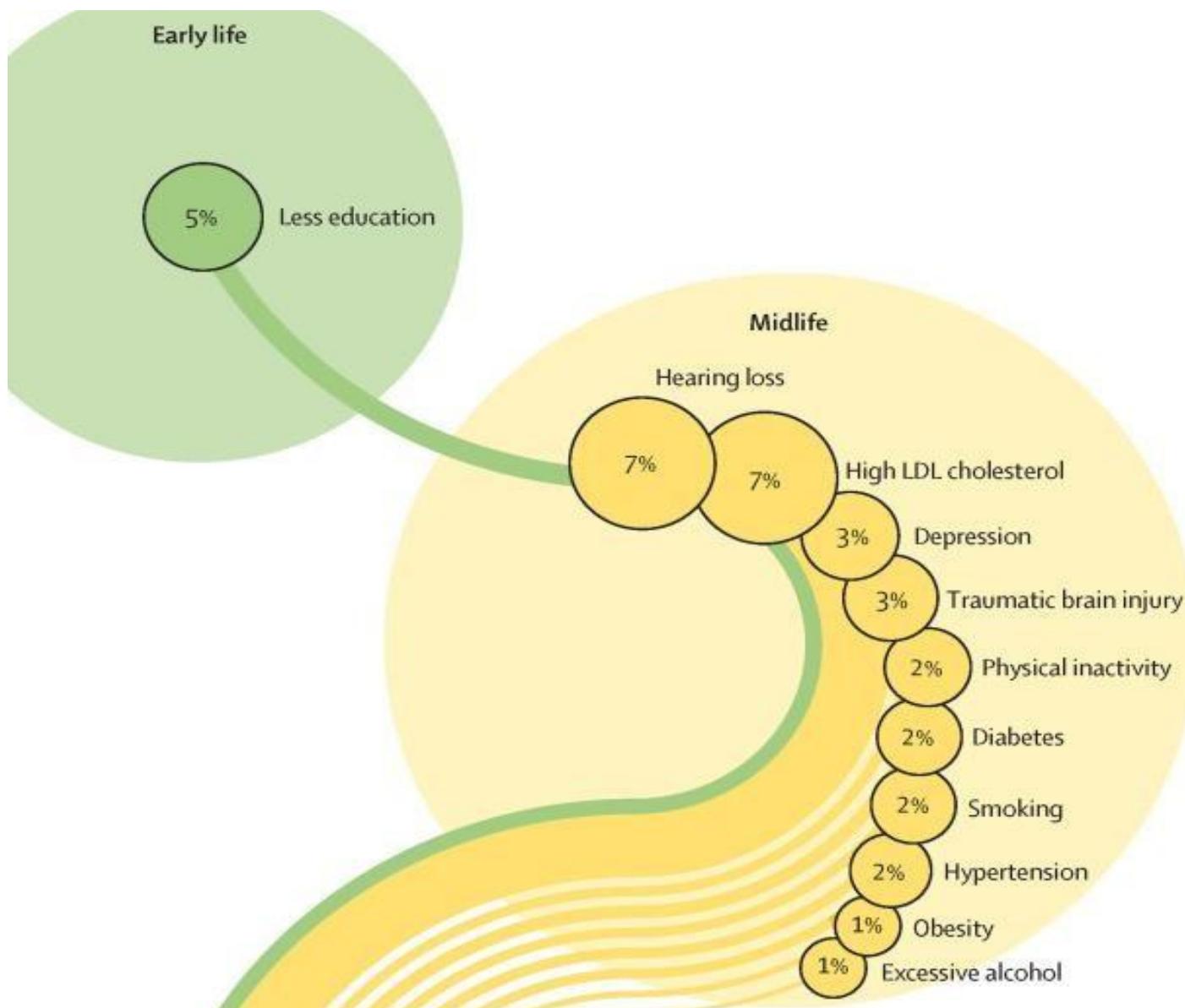
Lancet 2024; 404: 572–628

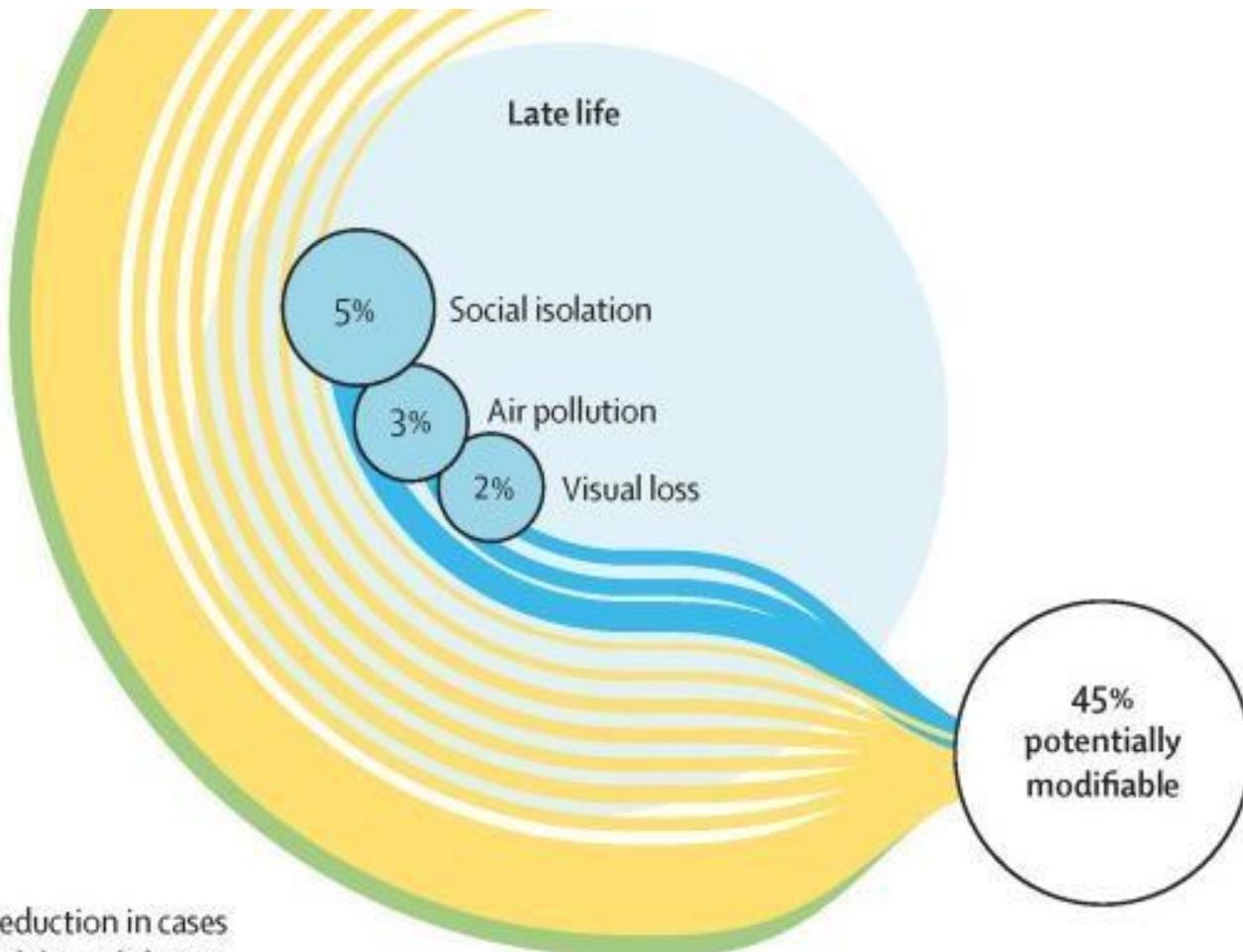


Lancet 2024; 404: 572–
628

Figure 9 Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

(n) Percentage reduction in cases of dementia if this risk factor is eliminated





n

Percentage reduction in cases of dementia if this risk factor is eliminated

Lancet 2024; 404: 572–628

かかりつけ医に期待される役割 ～認知症医療の特殊性と望まれる対応～

〔役割②〕

- 認知症に対する理解が浸透していない
→ 地域や医療現場での啓発や気づき
- 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある
→ 医師の専門性を活かした医療連携
- 増加する患者さんに対し専門医療機関が少ない
→ かかりつけ医での治療の継続と医療連携
- 医療のみでの対応には限界がある
→ 歯科医師、薬剤師、看護師介護、行政、地域との連携



- 認知症の早期発見・早期対応の重要性の理解
- 認知症の診断、治療、ケア、連携に関する知識の習得
- 認知症の人と家族を支える方法の理解と地域での実践

基本知識 編

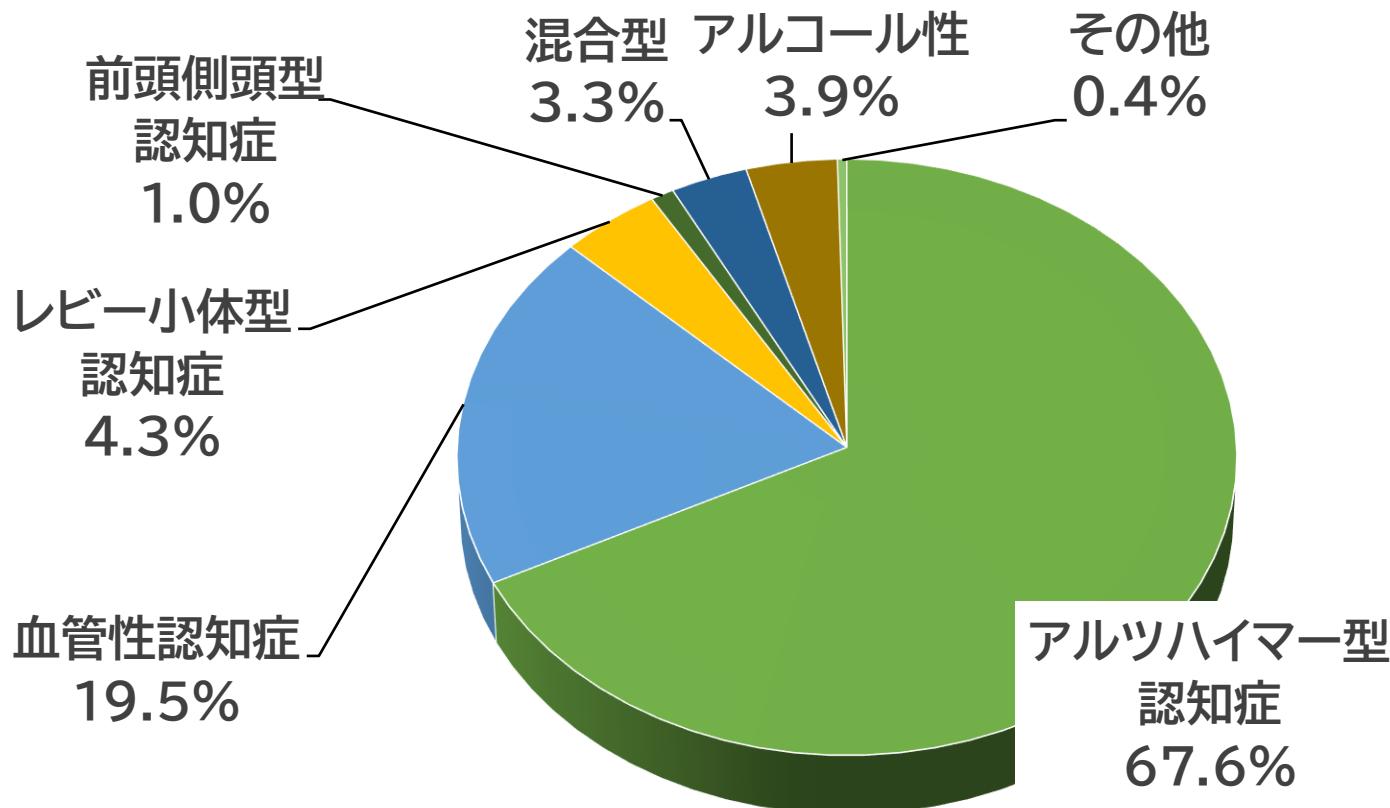
ねらい：認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する
- 認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する
- 認知症の診断の手順および鑑別すべき疾患について理解する

認知症の原因疾患

〔基本知識 2〕



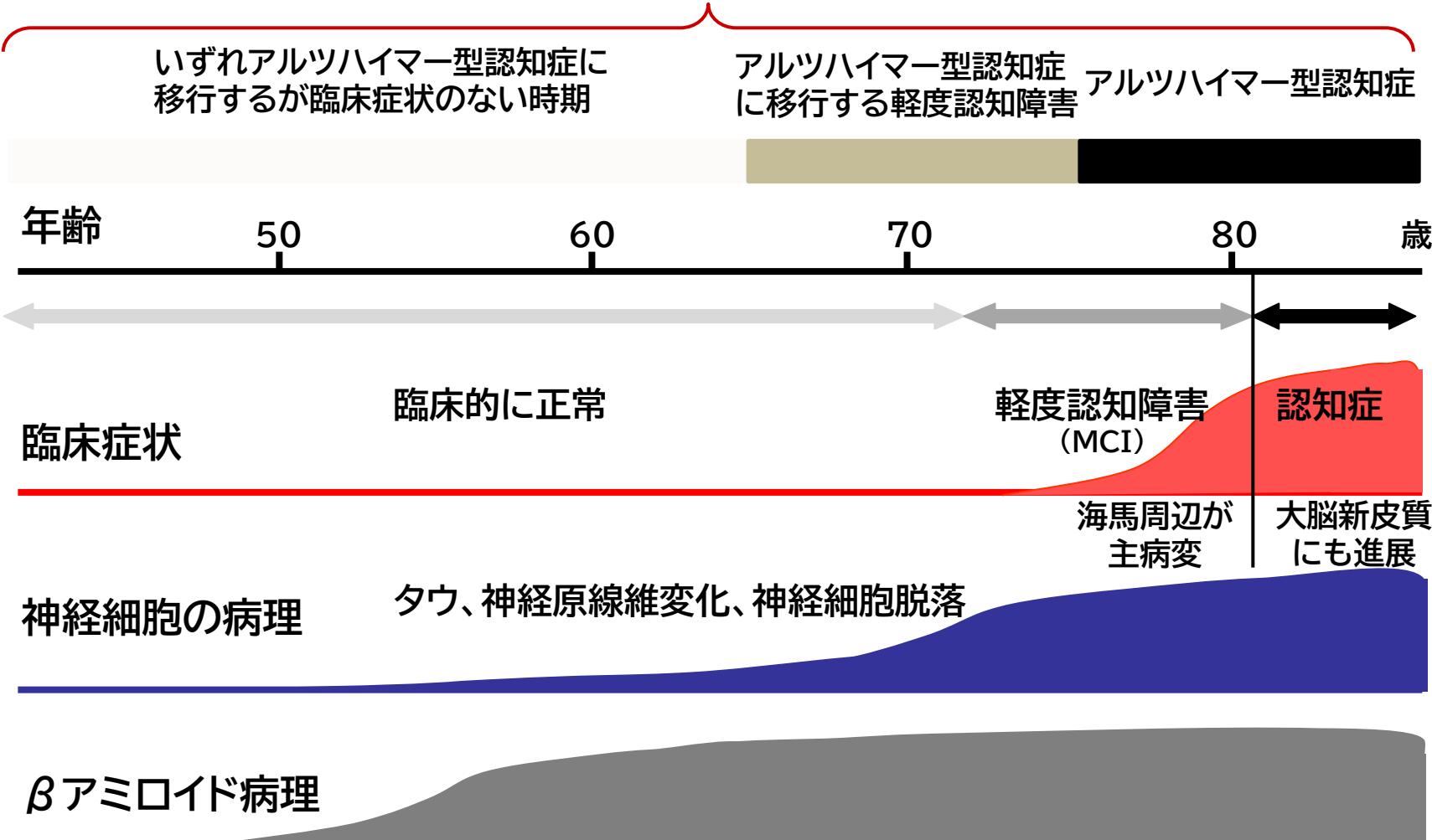
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)を引用

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識 10〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している

これらのすべての時期がアルツハイマー病



血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 14〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも遂行機能障害が目立つ。
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- 動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う局所症状(麻痺、嚥下障害など)を認める。
 - 脳血管障害を起こすたびに階段状に悪化している。
 - 斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害など。
- ※ 多発性ラクナ梗塞やビンスワンガー病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 16〕

【初期に多い症状】

- もの忘れに対する**自覚**がある
(動搖性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など**幻視**や**錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム睡眠行動障害**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- **動作緩慢**や**歩行障害**に伴う**易転倒性**
- **便秘**や**起立性低血圧**などの**自律神経症状**
- **嗅覚の障害**、**抑うつ**、**不安**、**妄想**など

【特徴的な所見】

- 症状の**日内変動**がある。
- 質問や支持動作への**反応**が**緩徐**である。
- 取り繕いや振り返り症候がない。

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

〔基本知識 19〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	<ul style="list-style-type: none">・脱抑制的行動・常同行為 (時刻表的生活・反復行為)・食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向)・無関心・共感の欠如	<ul style="list-style-type: none">・病識の欠如・「我が道を行く行動」・診察中の立ち去り行為・社会のルールが守れない
意味性認知症	<ul style="list-style-type: none">・言葉の意味が分からぬ (「利き手」「季節」など)・物や人の名前が出てこない	<ul style="list-style-type: none">・会話が迂遠になる・質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	<ul style="list-style-type: none">・発話自体がゆっくりで努力性になる	<ul style="list-style-type: none">・発語の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

画像診断の意義と重要性

〔基本知識 20〕

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査 などが必要となる。
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する。

各認知症の典型的なMRI画像

[基本知識 21]

アルツハイマー型認知症



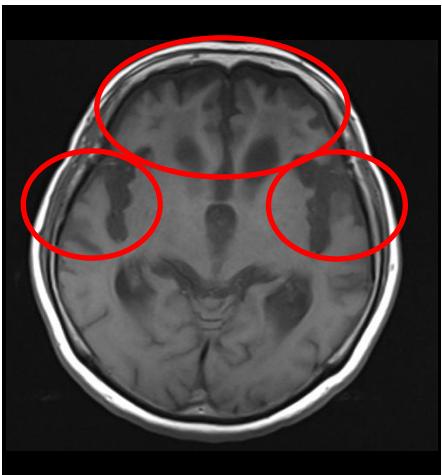
海馬、側頭葉内側
の萎縮

血管性認知症



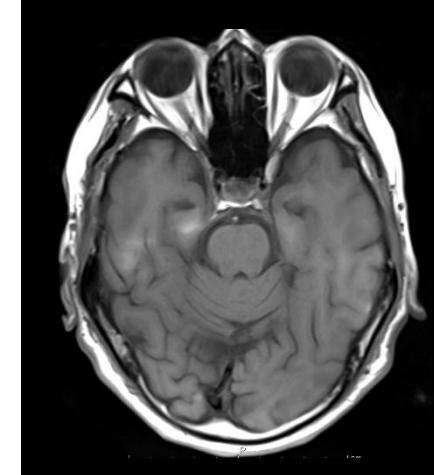
多発する皮質下梗塞や
灌流域の高度の白質病
変(低灌流型)

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭
葉前部、あるいは
その両方の限局性
萎縮

レビー小体型認知症

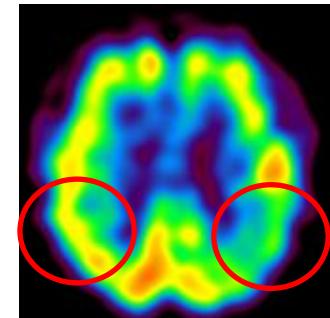
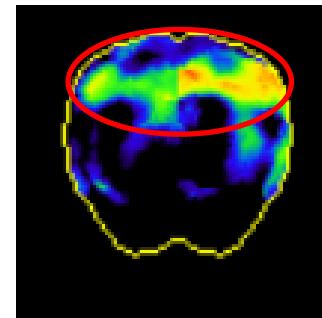
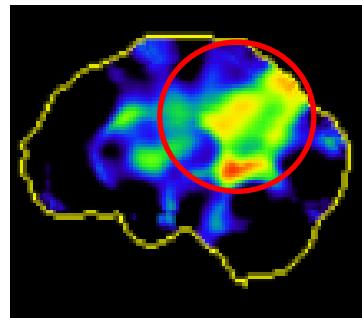


海馬・側頭葉の萎縮は
目立たない

各認知症の典型的な機能画像

〔基本知識 22〕

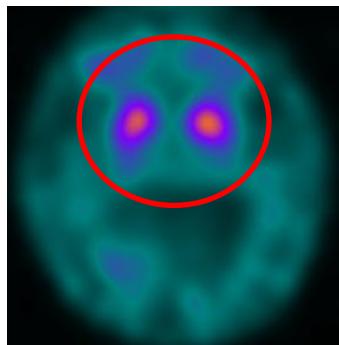
アルツハイマー型
認知症



後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下

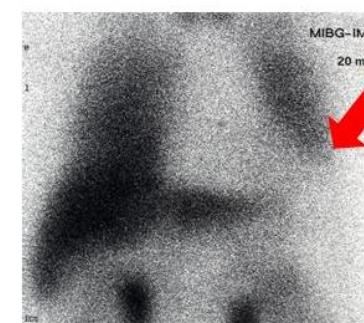
脳血流シンチ

レビー小体型
認知症



DATスキャン®

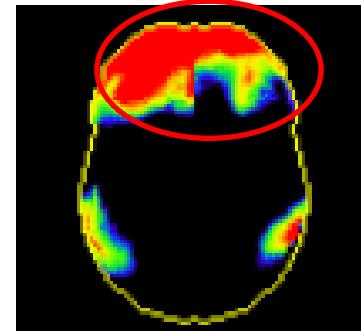
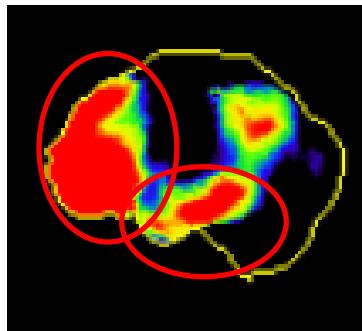
大脳基底核での取り込み低下



取り込み低下

MIBG心筋シンチ

前頭側頭葉
変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の血流低下
(脳血流シンチ)

脳血流シンチ

認知症と鑑別すべき状態や疾患

〔基本知識 25〕

認知症と鑑別すべき状態や疾患では、診断や対応が難しい場合には専門医への紹介を考慮する。

- ① 加齢による健忘
- ② 軽度認知障害
- ③ せん妄などの意識障害
- ④ うつ病
- ⑤ 薬剤による影響
- ⑥ アルコールによる影響
- ⑦ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害)

加齢に伴う生理的健忘の特徴

〔基本知識 26〕

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

軽度認知障害 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

[基本知識 27]

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする健忘型MCIと
その他の障害による非健忘型MCIに分類される

健忘型MCIの特徴

- ① 記憶障害の訴えが本人または家族から認められる
- 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)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)

(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

せん妄の発症

〔基本知識 29〕

準備因子に誘発因子や直接的な原因など複数の要因が重なり発症

準備因子

高齢者、脳器質疾患、認知症



誘発因子

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



直接原因

脱水、薬物、代謝性障害、感染症、循環・呼吸障害

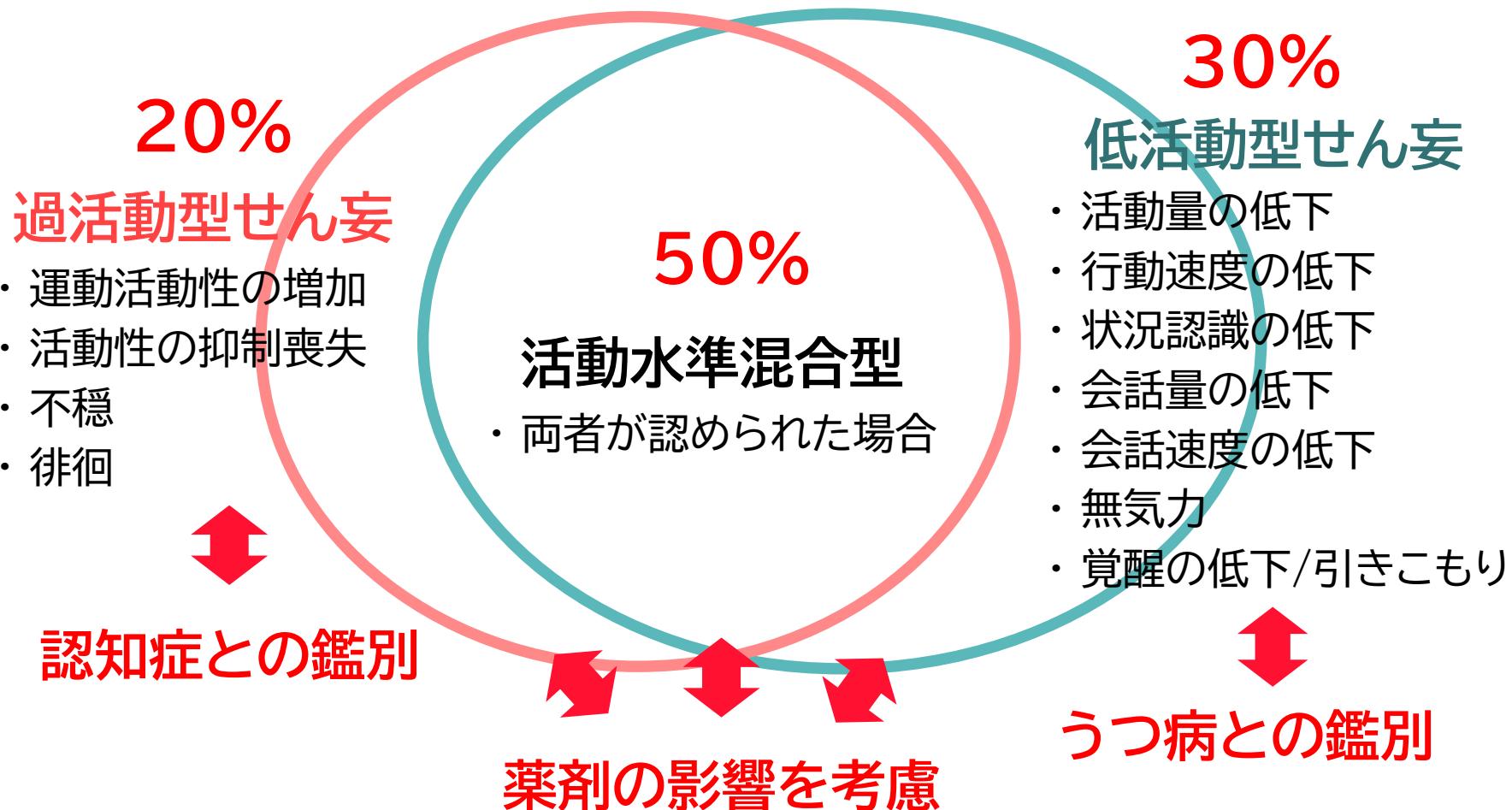


せん妄

せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態

〔基本知識 30〕

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要



寺田 整司 日本老年医学会雑誌 51巻5号(2014:9)を一部改変

Meagher D et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2008;20:185-93より引用

せん妄の臨床的特徴

〔基本知識 31〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動搖性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動搖する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時々あり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

どのような場合に専門医に紹介すべきか

〔基本知識 45〕

下記の変化や症状を認めた場合や診断や対応に迷う場合は、認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)

地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支える
ために必要な支援の基本、活用できる医療・
介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する

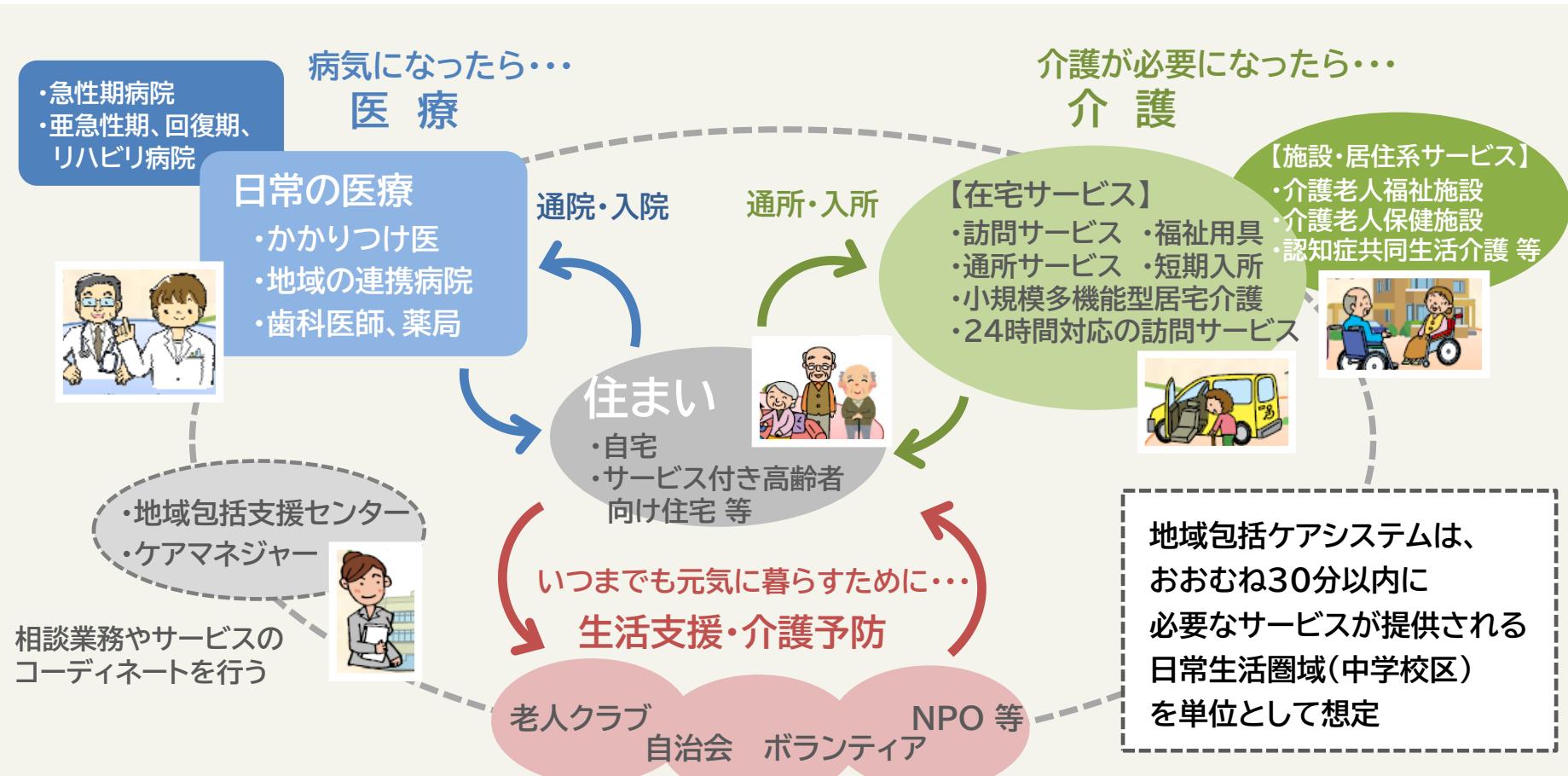
到達目標：

- かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用する
ために必要なかかりつけ医の役割を理解する
- 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医
の役割を理解する

地域包括ケアシステム

【地域実践 6】

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期まで続けることができる。



(厚生労働省資料を一部改変)

認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

[地域実践 7]

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る

認知症サポート医

[地域実践 10]

地域における「連携の推進役」を期待されている



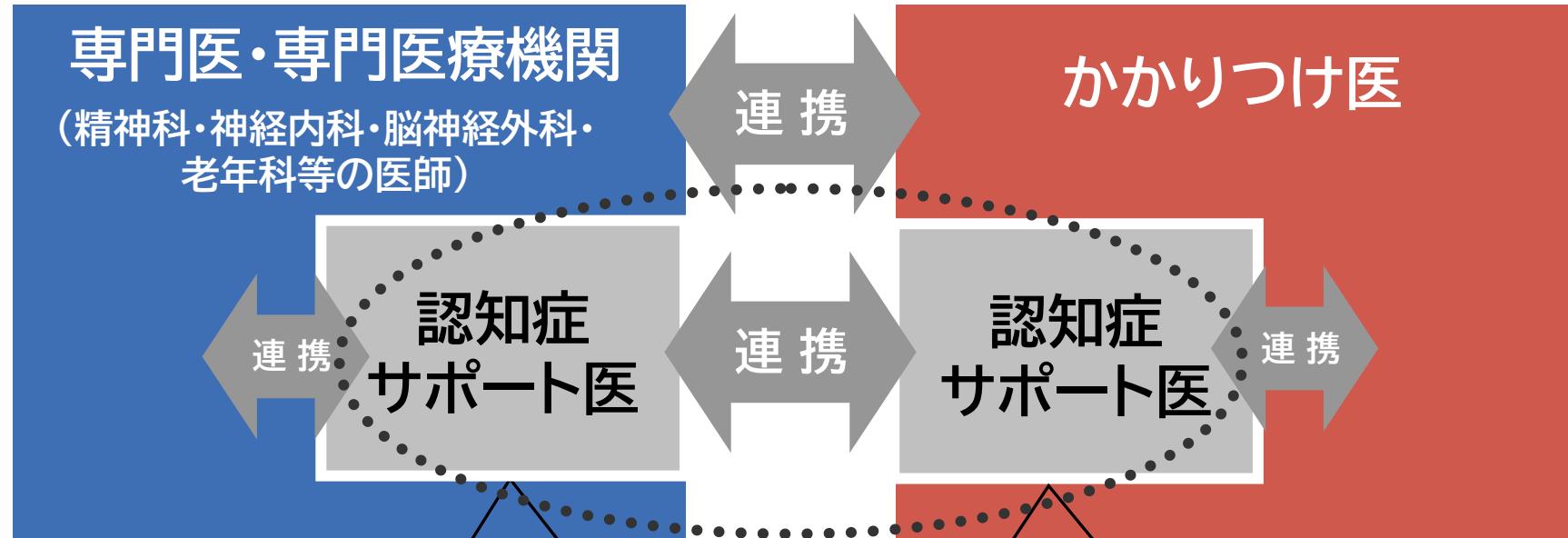
認知症サポート医の機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関する かかりつけ医や介護専門職に対するサポート
- ② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

地域における認知症の医療連携

〔地域実践 11〕

専門医・専門医療機関・認知症サポート医・かかりつけ医の連携



- かかりつけ医や認知症サポート医の相談役・アドバイザー
- 専門医療機関との連携の橋渡し
- 研修の講師

- かかりつけ医研修の企画・立案・講師
- 地域包括支援センター・地区医師会との連携作り

専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

[地域実践 12]

- アルツハイマー病治療薬を処方していれば、薬剤名、使用開始後の変化の有無、過去の投薬歴
- 施行していれば、認知機能検査や画像検査の結果
(得失点のプロフィールも含め、実物やコピー添付が望ましい)
- 現在内服中の薬剤と服薬指導の内容
(薬剤名、用法・用量、服薬の管理、服薬支援状況など)
- 身体疾患に関する情報
(既往歴や治療を継続している疾患の治療開始の時期)
- 介護保険サービス利用の状況
(要介護認定やケアマネジャーの所属や氏名)
- かかりつけ医や本人・家族からの希望
(鑑別診断、薬物調整、BPSD対応、今後の治療環境など)

認知症疾患医療センター

〔地域実践 13〕

地域における認知症医療体制・日常生活支援に関する相談支援

認知症初期集中
支援チーム

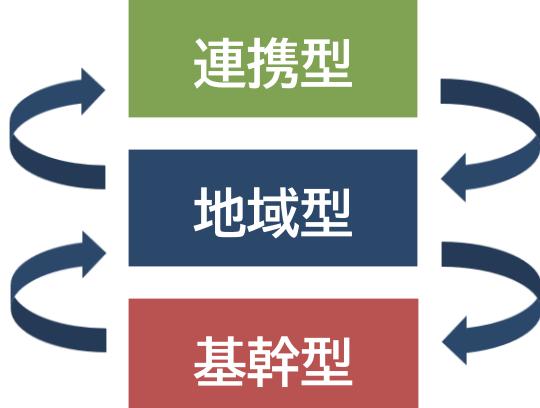
地域包括支援
センター

かかりつけ医・
歯科医・薬剤師

認知症
サポート医

連携

認知症疾患医療センター(早期診断等を担う医療機関)



(1) 専門的医療機能

- ・速やかな鑑別診断
- ・診断後のフォロー
- ・症状増悪期の対応
- ・BPSD・身体合併症への急性期対応
- ・専門医療相談

(2) 地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

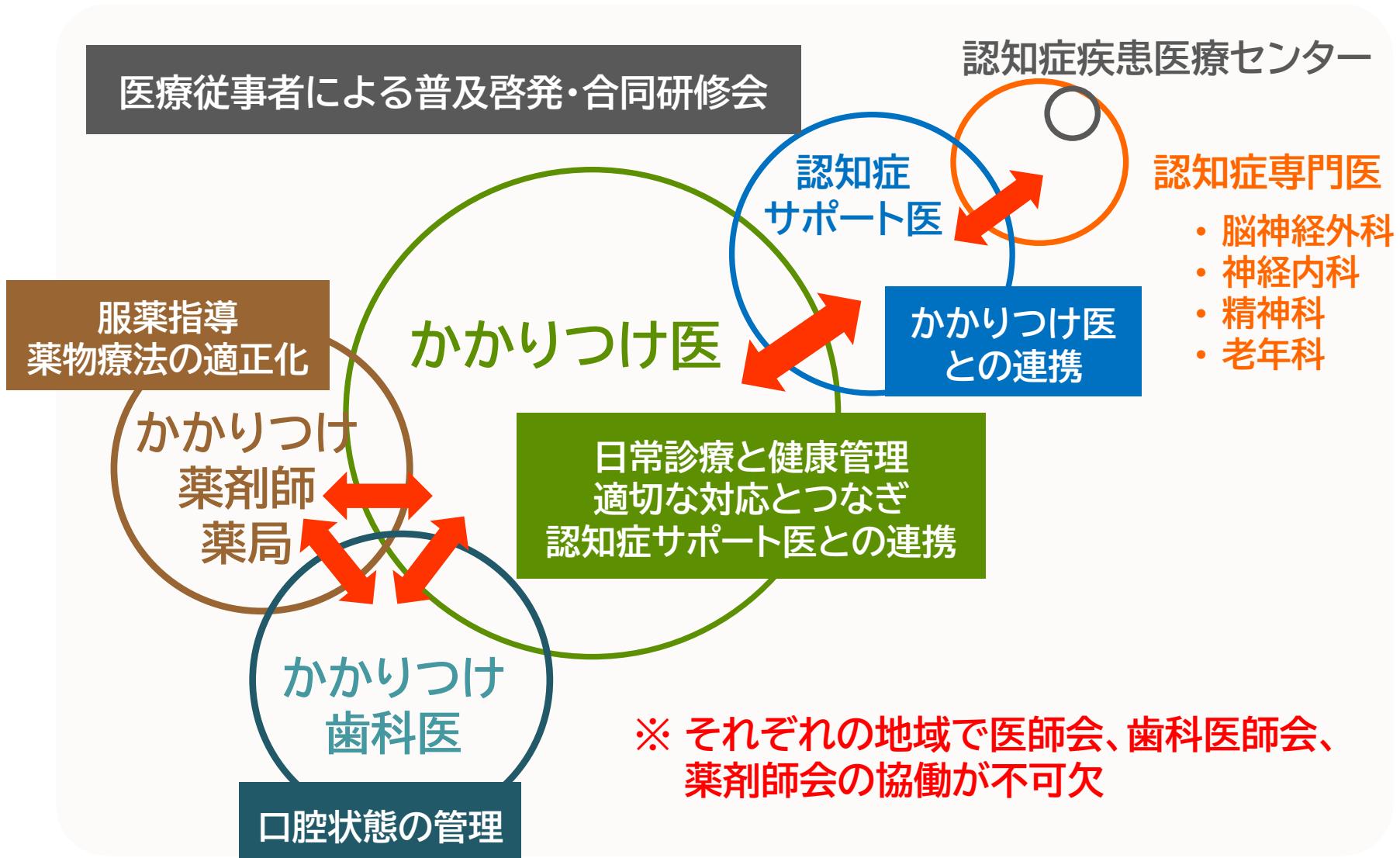
(3) 日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

地域の医療提供体制の中核

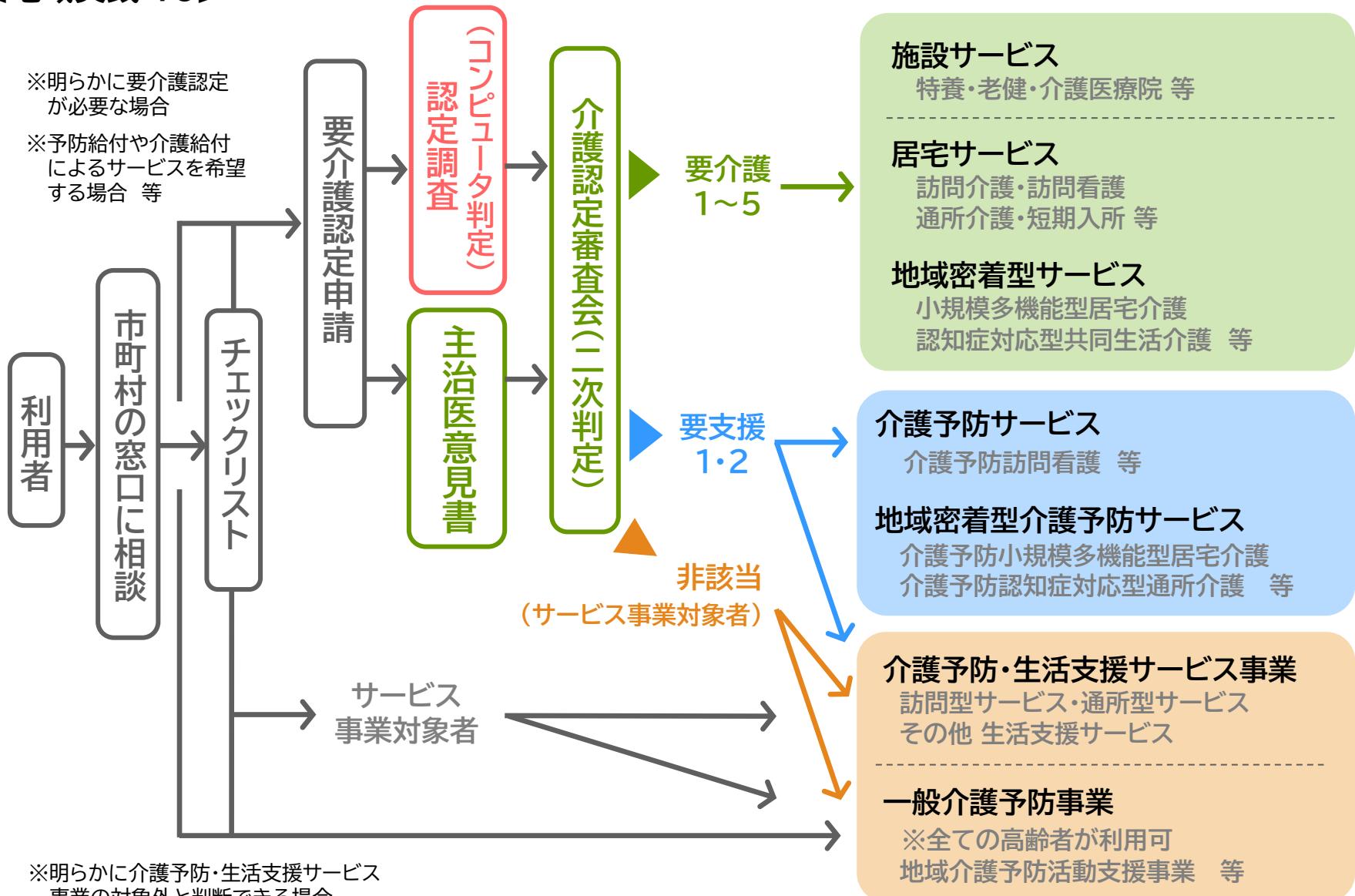
認知症医療連携のイメージ

〔地域実践 14〕



介護サービスの利用の手続き

[地域実践 16]



介護給付

予防給付

総合事業

主治医意見書の役割

[地域実践 17]

● 介護認定審査会における重要な資料

- 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
- 介護の手間の程度や状況等について、具体的な状況の記入が求められる
- 認定調査(コンピュータ判定)には表れない情報の補足を期待されている

● ケアプラン作成の情報源

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

● 介護報酬「認知症加算」の算定根拠

- 認知症高齢者の日常生活自立度の評価が、介護保険サービスの認知症関連加算の算定根拠となる

認知症症例の意見書①

[地域実践 18]

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1)認知機能	<ul style="list-style-type: none">• HDS-R 15／30• 記憶と見当識の障害が高度• 全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	<ul style="list-style-type: none">• 薬の飲み忘れが多い• トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3)行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none">• 不安が強い• ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4)処方内容とその影響	<ul style="list-style-type: none">• 少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援 及び 今後必要な支援	<ul style="list-style-type: none">• 現在デイサービスを週3回利用している• 今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

認知症症例の意見書②

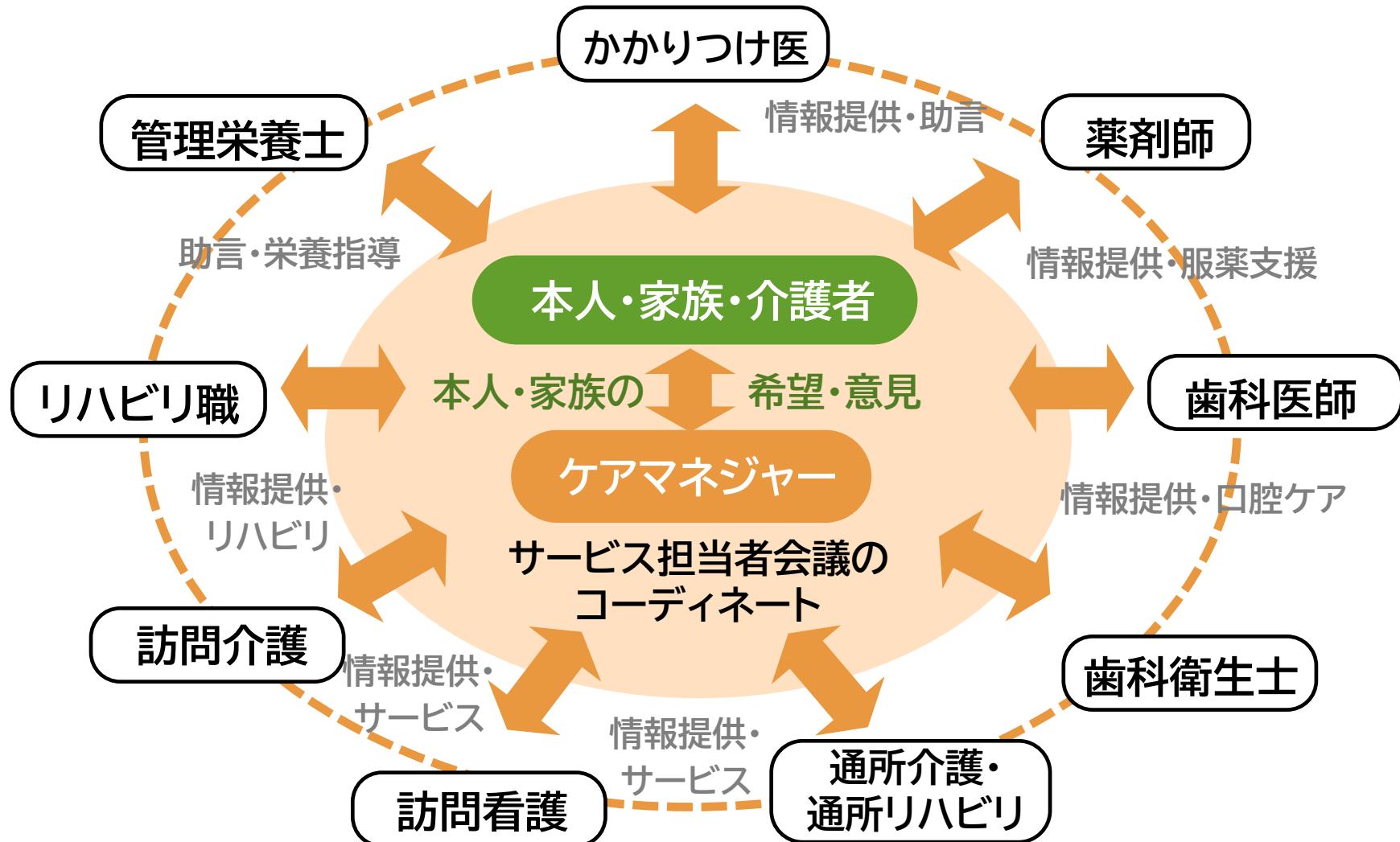
〔地域実践 19〕

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

ケアマネジャーと多職種の連携

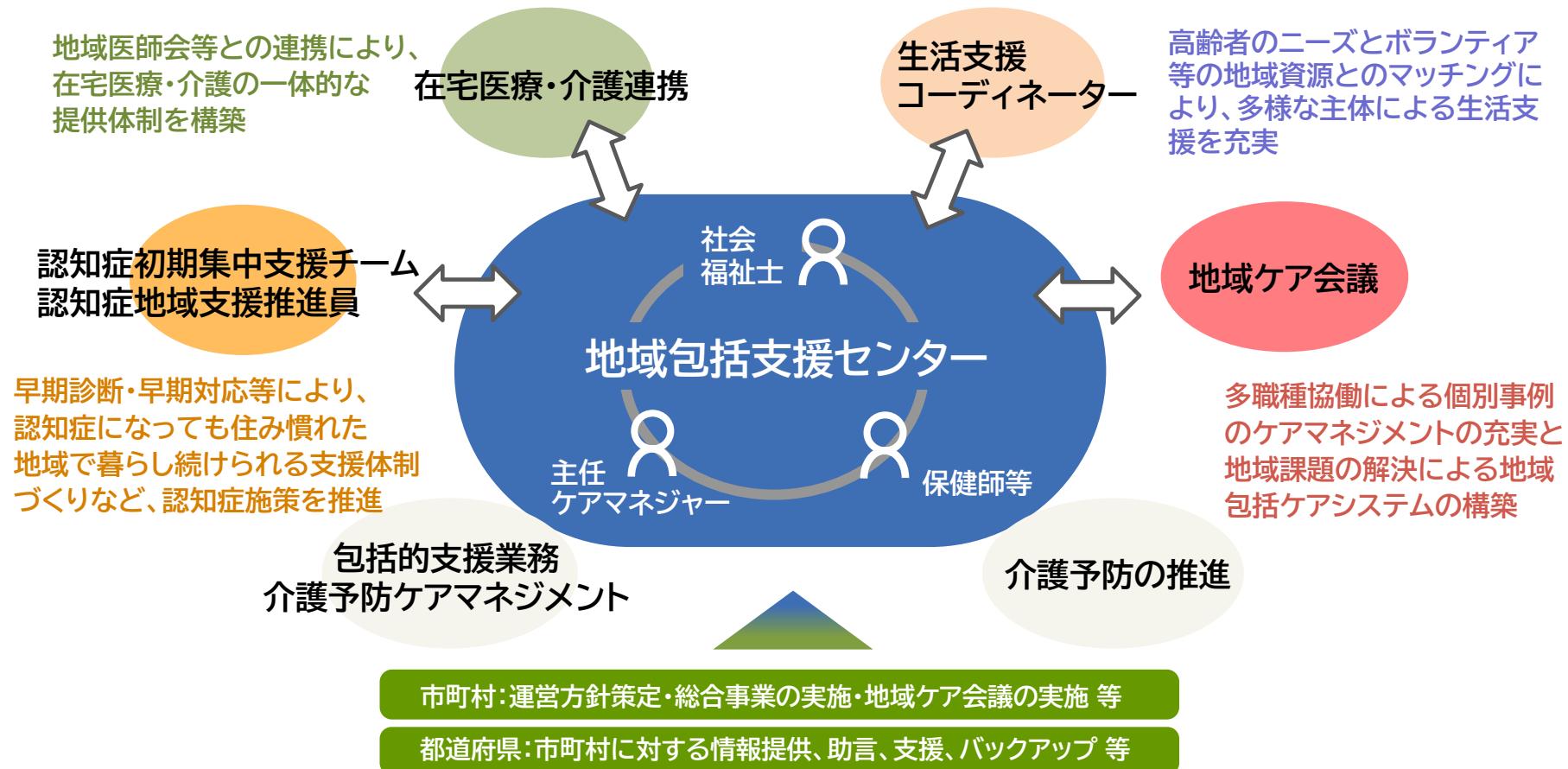
[地域実践 27]

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



地域包括支援センター

[地域実践 30]



地域包括支援センターの機能強化に向けて

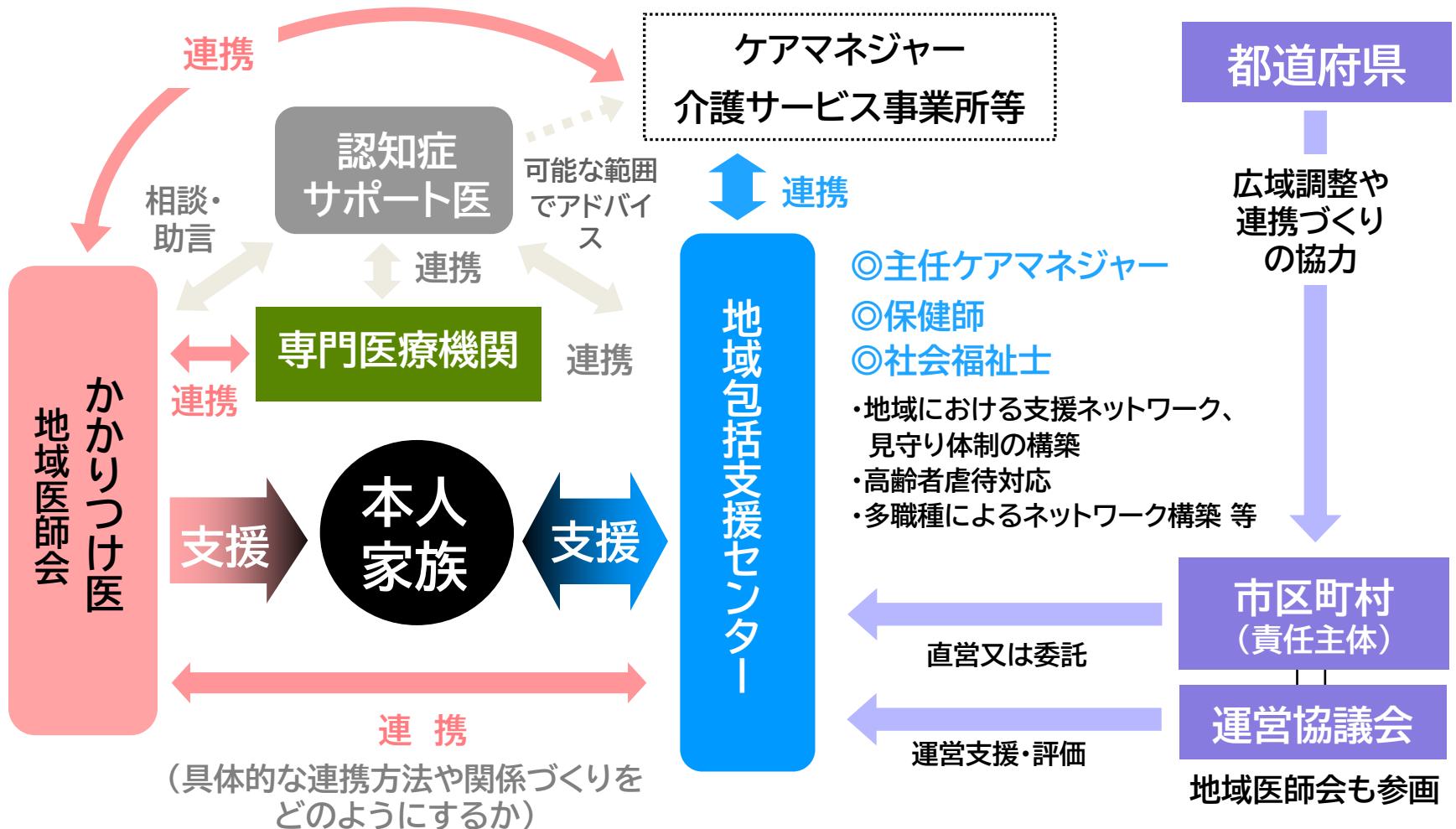
業務量増加・センターごとの役割
に応じた人員体制の強化

基幹型・機能強化型センターの位置
づけ等、連携強化・効果的運営

運営協議会による評価・PDCA
の充実等、継続的な評価・点検

地域包括支援センターとの連携

[地域実践 31]



認知症初期集中支援チーム

〔地域実践 33〕

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

- 認知症初期集中支援チームのメンバー



●配置場所

地域包括支援センター、診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁など

【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

認知症地域支援推進員

〔地域実践 34〕



- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ)の作成・普及・点検および活用 等

- 認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症多職種協働研修の実施・支援 等

【推進員の要件】

- ① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センター など

相談支援・ 支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整
- 認知症の人が相談につながるための支援
- 認知症の人が相談した後の支援

切れ目のない支援に向けて ～本研修受講後のかかりつけ医に求められる姿勢と役割～

[地域実践 57]

- かかりつけ医は、認知症の人や家族の伴走者として支援していく姿勢が重要である。
- かかりつけ医には、認知症の人や家族の視点を重視した切れ目のない継続的な医療の提供と適切な連携が求められている。
- かかりつけ医には、地域の多職種連携のリーダーとしての役割が期待されている。
- 地域で開催される多職種合同研修、認知症サポート医との合同研修、フォーローアップ研修などへの積極的な参加や地域での啓発活動の継続などが望まれている。