

認知症の本人や家族を支えるための諸制度と社会資源

A | 認知症者の医療・介護を支えるための諸制度と社会資源

5A-1

認知症疾患医療センターの機能と役割は何か

回答

認知症疾患医療センターに求められている機能には、専門的医療機能（専門医療相談、認知症の鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期対応）と地域連携拠点機能（認知症疾患医療連携協議会の設置・運営、研修会の開催）がある。都道府県において、地域の特性に応じた拠点機能、配置、連携のあり方を検討し、事業の質の管理を行うことが求められている。

解説・エビデンス

認知症疾患医療センターの目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者等への研修を行い、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。現在は「基幹型」「地域型」「連携型」の3類型が設けられている（表1）。

1. 求められている機能

認知症疾患医療センターに求められている機能には、（1）専門的医療機能（①認知症の鑑別診断と初期対応、②周辺症状と身体合併症の急性期対応、③専門医療相談）と（2）地域連携拠点機能（①認知症疾患医療連携協議会の設置・運営、②研修会の開催）がある（表2）。

専門医療相談では、精神保健福祉士、保健師等を配置した医療相談室を設置し、電話・面接などで本人・家族・関係機関からの相談に対応し、受診予約、医療機関の紹介などを行う¹⁾。また、診断後には、本人・家族への情報提供と関係機関との連絡調整を行い、必要なサービスの利用支援を行う¹⁾。医療相談室は認知症疾患医療センターの機能向上において重要な役割を果たしており²⁾、医療のみならず介護面の助言によっても初期支援体制の構築を推進することができる³⁾。鑑別診断と初期対応では、専門医を配置するとともに検査体制を整備し、診断後には本人・家族に診断情報を提供し、かかりつけ医と連携して継続医療の場を確保する。周辺症状・身体合併症の急性期対応では、一般病床または精神病床における入院医療、精神科救急システムや一般救急システムと連携した緊急事例の対応を行う。

表 1 | 認知症疾患医療センターの類型と設置基準

類型		基幹型	地域型	連携型
医療施設の形態		一般病院	一般病院・精神科病院	診療所
専門医療機関としての要件	相談体制	医療相談室を配置	医療相談室を配置	医療相談ができる体制の確保
	人員体制	専門医(専任1名以上)、臨床心理技術者(専任1名以上)、精神保健福祉士または保健師等(2名以上、1名は常勤専従)	専門医(専任1名以上)、臨床心理技術者(専任1名以上)、精神保健福祉士または保健師等(2名以上、1名は常勤専従)	専門医(専任1名以上)、看護師・保健師・精神保健福祉士・臨床心理技術者等が1名以上
	検査体制	自施設で血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査、CT、MRI(SPECTは連携施設でも可)	自施設で血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査、CT(MRI、SPECTは連携施設でも可)	自施設で血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査(CT、MRI、SPECTは連携施設でも可)
	周辺症状・身体合併症に対する急性期入院治療	対応できる一般病床と精神病床を有する	対応できる一般病床、精神病床のいずれかを有する(いずれがない場合は連携体制を構築)	対応できる医療機関と連携体制を構築
	身体合併症に対する救急医療機関としての要件	2次または3次救急医療施設の指定/リエゾンチーム等による精神科的ケースワーク・院内研修会/休日・夜間の空床確保	なし	なし
地域連携推進機関としての要件		認知症疾患医療連携協議会の開催/認知症医療従事者・地域包括支援センター職員等を対象とする研修	認知症疾患医療連携協議会の開催/認知症医療従事者・地域包括支援センター職員等を対象とする研修(基幹型と連携して機能が確保されていれば可)	認知症疾患医療連携協議会の開催/認知症医療従事者・地域包括支援センター職員等を対象とする研修(基幹型・地域型と連携して機能が確保されていれば可)

表 2 | 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱「4. 事業内容」の要約

(1) 専門的医療機能	
①鑑別診断とそれに基づく初期対応	(ア)初期診断、(イ)鑑別診断、(ウ)治療方針の選定、(エ)入院先紹介
②周辺症状と身体合併症への急性期対応	(ア)周辺症状・身体合併症の初期診断・治療(急性期入院医療を含む)
	(イ)周辺症状・身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握(基幹型においては、空床の確保による休日・夜間の対応を含む)
③専門医療相談	(ア)初診前医療相談 a. 患者家族等の電話・面談紹介 b. 医療機関等紹介
	(イ)情報収集・提供 a. 保健所、福祉事務所等との連絡調整 b. 地域包括支援センターとの連絡調整 c. 認知症初期集中支援チームとの連絡調整
(2) 地域連携拠点機能	
①認知症疾患医療連携協議会の設置および運営	都道府県医師会・指定都市医師会・都市医師会など地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置および運営
②研修会の開催	地域の認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修の開催および他の主体の実施する認知症医療に関する研修への協力など

認知症疾患医療連携協議会では、地域の認知症支援体制構築を推進するために、地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、介護保険関係者、認知症医療に関する有識者などから組織された協議会の設置・運営を行う。研修会では地域の専門職や家族・地域住民を対象とする研修を実施する。研修会は専門職のネットワーク維持機能もあり、燃え尽き対策にも効果がある³⁾。認知症疾患医療センターが掲げる多岐にわたる事業に精通した専門医や専門スタッフを事業のなかで育成し、同センターの継続性を保証することは、基幹となる認知症疾患医療センターの重要な責務である⁴⁾。また、かかりつけ医や認知症サポート医が積極的に参画した事例検討などの研修を継続して行うことが⁵⁾、地域の認知症医療の水準を保つことにつながる⁵⁾。

3. 認知症疾患医療センターの今後の課題

圏域の広さや人口規模によって、認知症疾患医療センターに求められる機能、適正な配置⁶⁾、合理的な連携のあり方⁷⁾は異なる可能性がある。都道府県において、地域の特性に応じた拠点機能、配置、連携のあり方を検討し、事業の質の管理を行う必要がある。

文献

- 1) 栗田主一、地域における認知症疾患医療センターの役割。日老医誌。2009；46(3)：203-206。
- 2) Awata S. New national health program against dementia in Japan: the medical center for dementia. Psychogeriatrics, 2010；10(2)：102-106。
- 3) 内海久美子、認知症疾患医療センター 認知症医療の要としての課題 認知症疾患医療センターの役割と課題 地域連携の実践の立場から。老年精医誌。2010；21(4)：432-437。
- 4) 池田 学、小嶋誠志郎、福岡大高、認知症疾患医療センターの役割と今後の方向性 熊本モデルを中心に。老年精医誌。2010；21(11)：1189-1192。
- 5) 小嶋誠志郎、池田 学、認知症医療における基幹型認知症疾患医療センターの役割と課題。老年精医誌。2014；25(7)：738-743。
- 6) 栗田主一、認知症診療の枠組み。精神誌。2014；116(5)：378-387。
- 7) 池田 学、認知症患者を支える地域ネットワーク：熊本モデルにおける実践を通して。精神誌。2014；116(5)：395-409。

検索式

PubMed 検索：2015 年 7 月 14 日(火)

#1 ("Dementia/therapy" [Majr] OR (dementia [TI] AND (therapy [TI] OR therapeutic [TI] OR treatment [TI])) OR "Cognition Disorders/therapy" [Majr] OR (cognition disorder* [TI] AND (therapy [TI] OR therapeutic [TI] OR treatment [TI]))) AND ("Health Services for the Aged" [Mesh] OR "Community Health Services" [Mesh] OR "Community Health Centers" [Mesh])

医中誌検索：2015 年 7 月 14 日(火)

#1 認知症疾患医療センター/TH OR 認知症疾患医療センター/TI

認知症サポート医の役割は何か

回答

サポート医の役割は、①認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、③かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民などへの啓発であり、地域での医療と医療、医療と介護の連携の推進役として期待されている。

C

解説・エビデンス

高齢者の増加とともに認知症者の増加は急速であり、いまや common disease といえる。このような状況下では、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の確立と、そのための医師と介護スタッフの教育が急務といえる。2015年度末までに5,085名の認知症サポート医が誕生した。認知症サポート医の役割は、①認知症者の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、③かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民などへの啓発である¹⁾。認知症サポート医は一般のかかりつけ医に比べ、認知症の鑑別診断能力や外来で扱える行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) への対応力、地域連携や介護について優れた機能を有している²⁾。サポート医に対する調査では84%が連携作りに、64%が研修や啓発活動に従事していた³⁾。

かかりつけ医の機能

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

認知症サポート医

専門医の機能

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

認知症サポート医の機能・役割

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

地域における「連携の推進役」を期待されている

図1 | 認知症サポート医の機能と役割

[Washimi Y, Horibe K, Takeda A, et al. Educational program in Japan for Dementia Support Doctors who support medical and care systems as liaisons for demented older adults in the community. Geriatr Gerontol Int. 2014; 14 (Suppl 2) : 11-16. より一部改変]

文献

- 1) Washimi Y, Horibe K, Takeda A, et al. Educational program in Japan for Dementia Support Doctors who support medical and care systems as liaisons for demented older adults in the community. *Geriatr Gerontol Int.* 2014 ; 14 (Suppl 2) : 11-16.
- 2) 栗田主一, 認知症診療の枠組み. *精神誌*, 2014 ; 116(5) : 378-387.
- 3) ニッセイ基礎研究所, 平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金認知症サポート医等のあり方および研修体系・教材に関する研究事業事業報告書. 東京: ニッセイ基礎研究所; 2013.

検索式

PubMed 検索: 2015 年 6 月 17 日(水)

#1 ("Dementia" [Majr] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Majr] OR "cognition disorder*" [TI]) AND "Japan" [Mesh] AND (doctor OR doctors)

医中誌検索: 2015 年 6 月 17 日(水)

#1 認知症サポート医/AL

介護保険制度の認知症者、介護者への役割は何か

回答

介護保険は認知症者と家族の暮らしを支える生活支援を基盤として、地域包括支援センターを中心とする相談支援サービス、訪問介護、訪問入浴、訪問看護といった訪問サービス、デイサービスや通所リハビリテーションといった通所サービス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や小規模多機能型居宅介護をはじめとする地域密着型サービスと多様なサービスを提供している。

A

解説・エビデンス

1. 介護保険制度の概要

a. 制度の基本設計（図 1）

介護保険制度は、1997年に成立した介護保険法に基づき、2000年からスタートした5番目の社会保険制度である。被保険者は満40歳以上（満65歳以上：第1号被保険者、満40～64歳：第2号被保険者）、保険者は市区町村である。被保険者は、「介護が必要な状態にあるかどうか」の審査・判定を経て、要介護者または要支援者と認定された場合に、保険給付（サービス利用）を受けることができる。審査・判定のプロセスを要介護認定といい、①被保険者が保険者に申請、②身体状態に関する調査（コンピュータによる一次判定）、③主治医による医学的観点からの意見書（②と併せて行う合議の二次判定）などで行われる。認定は、軽いほうから、要支援1～2、要介護1～5までの7段階あり、要支援の場合は介護予防サービス、要介護の場合は介護サービスを利用することができる。

b. 介護保険サービス（表 1）

介護保険で利用できるサービスは、大きく①居宅サービス：在宅で11種類のサービスを組み合わせて利用（訪問介護や通所リハビリなど）、②施設サービス：表1に示した3種類のいずれかの施設への入所がある。なお介護療養型医療施設に関しては、2017年度末までに医療病床か介護施設への転換が検討されている。このほか、2006年度から、複数の居宅サービスをパッケージで利用する③地域密着型サービスが加わり、20種類以上のサービスが提供されている¹⁾。①居宅サービスと③地域密着型サービスでは、一部を除いて、1か月ごとのサービス利用計画（ケアプラン）に基づいてサービスを利用する。ケアプランは介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成することが基本であり、原則として、要介護度ごとに決められた1か月あたりの支給限度額（利用上限）の範囲内でサービスを組み合わせて作成される。これらのサービスの有用性がすべて検証されているわけではないが、認知症対応型通所サービスである認知症対応型通所介護を利用することによって、行動・心理症状の消失ないし軽減がみられたという報告がある²⁾。

2. 2015 年度の制度改正・報酬改定³⁾(表 2)

介護保険制度は、3 年単位で保険者が策定する事業計画に基づいて運営され、保険料や介護報酬（サービス単価）も 3 年ごとに改定される。また、必要に応じて、法改正を伴った制度改正も行われる。2015 年度には、前年の医療介護総合確保推進法（税・社会保障一体改革）を受けた制度改正と、通常の 3 年ごとの報酬改定が行われた。

a. 制度改正(図 2)

要介護高齢者の増加が見込まれるなか、給付をできるだけ抑えることを目的に、①地域包括ケアシステムの充実、②保険給付の中重度者への重点化・予防給付の再編、③利用者負担の引き上げなどが行われた。また、認知症高齢者の増加に伴って、認知症対応サービスの充実や早期発見・対応に向けた仕組み作りなどが進められている。

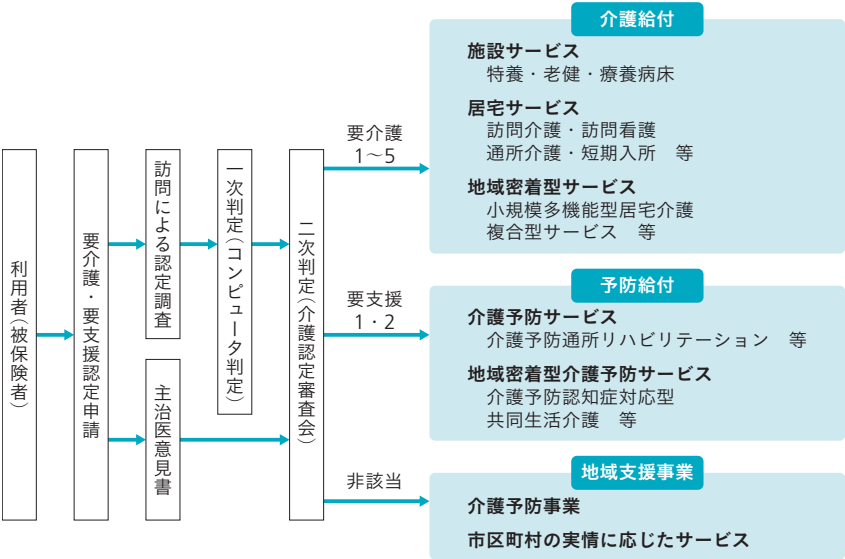


図 1 | 介護保険制度

表 1 | 介護保険サービス(主なもの)

● 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 複合型サービス(小規模多機能+訪問看護) 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護(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	(～2017 年度末)
---	-------------

表 2 | 2015 年度報酬改定の柱

- (1) 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化
- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応
 - ・ 24 時間 365 日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護をはじめとした「短時間・1 日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせて提供する包括報酬サービスの機能強化
 - ② 活動と参加に焦点をあてたりハビリテーションの推進
 - ・ 「活動」と「参加」に焦点をあてた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実
- (2) 介護人材確保対策の推進
- ・ 増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保(量の側面)を図るとともに、さらなる資質向上への取り組みを推進(質の側面)
- (3) サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築
- ・ 制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態をふまえた必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する

現行				改正後順次				対象	財源
介護給付	施設サービス 居宅サービス 地域密着型サービス			施設サービス 居宅サービス 地域密着型サービス			要介護者		国：25 県：12.5 市：12.5 1号：21 2号：29
	予防給付	介護予防サービス		介護予防サービス			介護予防訪問看護等は従来通りの仕組みで提供	要支援者	
		(介護予防訪問介護) (介護予防通所介護)		介護予防・日常生活支援サービス事業	訪問型サービス (介護予防訪問介護) 通所型サービス (介護予防通所介護) 生活支援サービス	・専門的なサービスを必要とする人には専門的サービスの提供 ・多様な担い手による多様なサービス（多様な単価，住民主体による低廉な単価設定）	要支援者 基本チェックリスト		
	地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業			一般介護予防事業	対象者把握事業 普及啓発事業 地域活動支援事業 評価事業 地域リハビリ支援事業	・元気高齢者と二次予防事業 ・対象者を分け隔てなく，住民運営の通いの場を充実させ，人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進	すべての高齢者	
		二次予防事業	対象者把握事業 通所型予防事業 訪問型予防事業 評価事業		包括的支援事業	総合相談 権利擁護 包括的・継続的マネジメント	在宅医療・介護連携 認知症施策推進 地域ケア会議強化 生活支援サービス整備	地域包括支援センターの機能強化	
			一次予防事業	普及啓発事業 地域活動支援事業 評価事業					
		包括的支援事業		総合相談 権利擁護 包括的・継続的マネジメント				すべての高齢者	
	任意事業		介護給付費適正化事業 家族介護支援事業 その他		任意事業		介護給付費適正化事業 家族介護支援事業 その他		

図 2 | 介護給付・予防給付・地域支援事業の再編

文献

- 1) 栗田主一. 介護保険における認知症に対する治療的アプローチ. 精神科治療. 2014; 29(8): 1051-1057.
- 2) 社会福祉法人欲風会認知症介護研究・研修東京センター: 認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究. 平成 25 年度介護報酬の効果検証及び調査研究に係る調査(平成 25 年度調査). 2014.
- 3) 厚生労働省. 介護保険制度改革の概要: 介護保険法改正と介護報酬改定. 2006.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>

検索式

PubMed 検索: 2015 年 6 月 17 日(水)

#1 ("Dementia" [Majr] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Majr] OR cognition disorder* [TI]) AND ("Insurance, Long-Term Care" [Mesh] OR "long-term care insurance" [TI])

医中誌検索: 2015 年 6 月 17 日(水)

#1 (認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND (介護保険/TH OR 介護保険/TI)

地域包括支援センターの機能と役割は何か

回答

2006年に設置された地域包括支援センターは、これまで必ずしも認知症に対する業務内容が明確ではなかったが、認知症を支える①総合相談・支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、④予防給付・介護予防マネジメント業務、の中核として重要な役割を担ってきた。今後はさらに地域包括ケアシステムの中核拠点機関としてその重要性が増すと考えられる。

A

解説・エビデンス

地域包括支援センターは2006年の改正介護保険法の施行に伴い、地域包括ケア推進の拠点として各市区町村に設置することとされ、その内容は「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」と規定されている。具体的には社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師または地域ケアの経験がある看護師の3職種がチームとなって、①総合相談・支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、④予防給付・介護予防マネジメント業務などを担うことである（図1）。その課題として、1）家族構成数の減少に伴う家族介護力がない世帯への対応、2）単身で身寄りがいない世帯の急増に伴う生活支援の課題、3）認知症の要介護認定の課題、4）認知症の地域ケアにおける医療連携上の課題があ

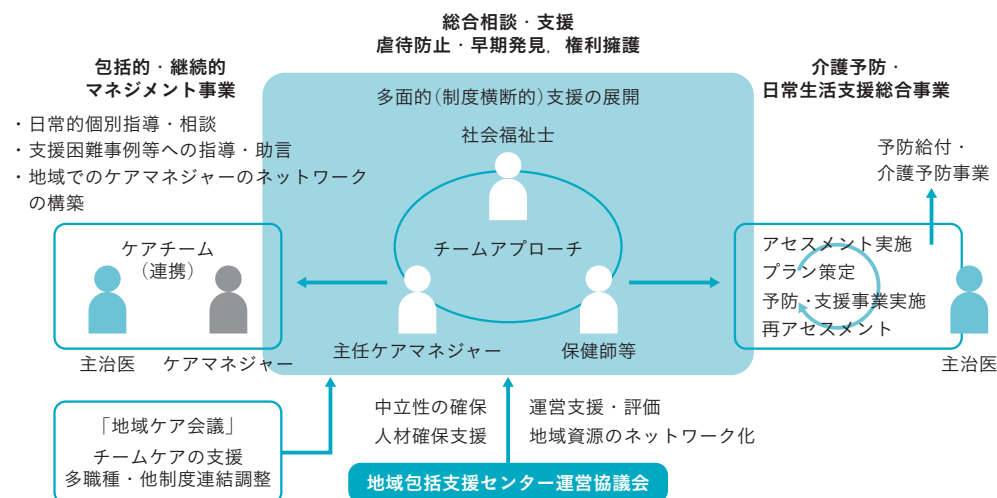


図1 地域包括支援センター

〔かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編、かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト第5版、東京：ニッセイ基礎研究所：2014：53、より一部改変〕

http://www.nli-research.co.jp/files/user/report/misc/p_textbook140414-1.pdf

げられている¹⁾。3) は初期の例では介護度が低く評価されやすいこと、重度では夜間の介護や給付限度額を超えたサービスが課題になる。4) では①認知症初期段階での受診拒否、サービス拒否事例への対応、②包括的・継続的ケアマネジメント支援における医療との連携²⁾、③認知症の行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) 悪化時における医療・介護連携が課題としてあげられている。地域包括支援センター業務が、介護予防ケアマネジメント業務など他業務の増大によって相談業務の業務全体に占める割合が低く³⁾、支援業務が十分家族に伝わっていない⁴⁾ という指摘や、地域包括支援センター業務マニュアル内にセンターの取り組むべき認知症対策の具体的内容が明確に位置づけられていない、という指摘がある⁵⁾。別項で示されるように、認知症初期集中支援チームが地域包括支援センターに設置されることが、これらの問題点に対する 1 つの解決策として期待される。

文献

- 1) 山本繁樹. 地域包括支援センターの未来：認知症の地域ケアにおける諸課題を中心に. 老年精医誌. 2012；23(増刊1)：126-131.
- 2) 栗田主一, 佐野ゆり, 福本 恵. 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態—とくに、医療資源との連携という観点から—. 老年精医誌. 2010；21(3)：356-363.
- 3) 小長谷陽子. 地域包括支援センターにおける認知症に関する相談の実態と課題. 医事新報. 2012；(4610)：84-88.
- 4) 菊地和子, 佐藤彰子, 山口健太ら. 地域包括支援センターの機能：現状と課題：仙台市における認知症対策の取り組みから. 老年精医誌. 2012；23(3)：299-304.
- 5) 武田章敬. 地域支援体制作りの有用性の評価. 第 54 回日本老年医学会学術集会記録(シンポジウム 6 認知症の地域連携). 日老医誌. 2013；50(2)：197-199.

検索式

PubMed 検索：2015 年 6 月 17 日(水)

#1 ("Dementia" [Majr] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Majr] OR cognition disorder* [TI]) AND ("Comprehensive Health Care" [Mesh] OR "integrated care") AND ("Community Health Centers" [Mesh] OR "community based")

医中誌検索：2015 年 6 月 17 日(水), 2015 年 7 月 7 日(火)

#1 (認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND (地域包括ケアセンター/AL OR 地域包括支援センター/TH OR 地域包括支援センター/TI OR 地域包括センター/AL OR (地域/TI AND 包括/TI AND センター/TI))

認知症初期集中支援チームの機能と役割は何か

回答

今後の認知症の医療とケアは、早期支援機能と危機回避支援機能を整備し、危機の発生を防ぐ早期・事後的な対応に基本を置くことが求められる。この機能の担い手として期待されるのが、認知症初期集中支援チームである。専門家チームが訪問し、地域での生活が維持できるような支援を、早い段階で包括的に提供する。2012年度からモデル事業が開始され、2017年度末までには全市区町村での活動開始が求められている。

C

解説・エビデンス

認知症初期集中支援チームは、専門家集団が訪問して、地域での生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供することを使命としている。この場合の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味ではなく、初動 first touch を意味しており、「集中」は認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などを包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。関与すべき対象者は医療サービス・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、①認知症疾患の臨床診断を受けていない、②継続的な医療サービスを受けていない、③適切な介護保険サービスに結びついていない、④診断されたが介護サービスが中断している者と、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 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) により対応に苦慮している事例である。

2013年度は全国14か所¹⁾、2014年度は全国41か所²⁾でモデル事業が行われた。その結果から訪問支援対象者は一元的に地域包括支援センターを通して把握されるが、把握ルートの内訳は家族・本人からの相談が50%にのぼり、当事者が相談窓口を求めていることが示された。またこのチームが介入した後もなお、85～90%が在宅生活を継続できており、このことはこのチームが困難事例を単に入院、入所させて問題を解決しているのではないことを示している。さらに2014年度調査では介護負担尺度の改善も示されている^{2,3)}。2015年度からは地域支援事業として可能な全国市区町村で開始予定であり、2017年度末までに全市区町村で開始されることになっている。今回の結果からは、認知症初期集中支援チームが、認知症の人の在宅生活の継続に有用であり、地域ケア全体の向上につながる試みとして期待できるが、開始されたばかりの事業であり課題も含め⁴⁾今後検証していく必要がある。

文献

- 1) 国立長寿医療研究センター。平成25年度老人保健事業推進費等補助金。認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業：事業報告書。2014。

- 2) 国立長寿医療研究センター. 平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金. 認知症の早期診断, 早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業報告書. 2015. (HS)
- 3) 鷺見幸彦. 認知症と地域連携: 認知症初期集中支援チームについて. 日老医誌; 2015; 52(2): 138-146.
- 4) 栗田主一. オレンジプランと地域からの挑戦: 認知症早期支援体制: とくにアウトリーチ(訪問型ケア)の課題. 老年精医誌; 2013; 24(9): 883-889.

■ 検索式

PubMed 検索: 2015 年 6 月 17 日(水)

#1 ("Dementia" [Majr] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Majr] OR cognition disorder* [TI]) AND "Patient Care Team" [Mesh] AND "Intensive Care" [Mesh]

医中誌検索: 2015 年 6 月 17 日(水)

#1 認知症初期集中支援チーム/AL OR ((認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND 初期集中/AL AND (支援チーム/TI OR チーム医療/TH OR チーム医療/TI))

B | 認知症者の権利擁護

cq 5B-1

認知症者の判断能力や意思決定能力を評価することは可能か

推奨

医療行為の同意を得るときや成年後見制度の利用を検討する際に、医師は、認知症の本人の意思能力（判断力、意思決定能力）を判定する必要がある。意思能力は、①機能的な能力、②キャパシティ、③コンピテンスという3層構造をもつ。医師は、特定の法律行為に関連する認知機能（機能的な能力）を評価し、その背景にある臨床状態（キャパシティ）を評価することによって、認知症の本人の意思能力を判定することが可能である。

2C

解説・エビデンス

意思能力とは、有効に意思表示をし、自己の行為の結果を弁識できる精神能力（判断力、意思決定能力）のことをいう。行為能力とは、単独で有効な法律行為をなし得る法的地位または法的資格のことをいう。認知症の日常診療では、医療行為の同意を得るときや成年後見制度の利用を検討する際に、認知症の本人の意思能力の評価が求められる。

1. 意思能力判定の構造

五十嵐¹⁾は、意思能力判定の構造には、①機能的な能力 functional ability、②キャパシティ capacity、③コンピテンス competence という3つのレベルがあるとしている。

機能的な能力とは、意思決定に至る心理過程の各段階において必要とされる精神機能のことであり、認知機能のように連続量として測定可能な次元 dimensional 現象である。キャパシティとは、医師によって判定される臨床状態 clinical status であり、その人が置かれている状況の下で意義のある意思決定が行えるかどうかに関する範疇的 categorical 現象である。例えば、重度の認知症状態であるという医学的診断がこれに相当する。コンピテンスとは、法律関係者、特に裁判官によって判定される法的地位 legal status であって、その人がある法律行為を単独で行うために必要とされる能力を備えているかどうかについて、「ある」か「なし」かの二分法で判定される範疇的現象である。

2. 意思能力判定の実際

刑事責任能力の判定で行われてきた従来の意思能力の判定は、①精神医学的診断（生物学的要素）を確認し、②法律行為が妨げられる程度の精神障害であるか否かを判定し（心理学的要素）、③これに基づいて法律判断が行われるという手順をとってきた。これに対して五十嵐¹⁾

は、認知症と診断されるすべての人に意思能力や行為能力に問題があるわけではないので、①特定の法律行為に関連する機能的能力を評価し、②次に背景要因としてのキャパシティを評価し、③コンピテンスの判断を裁判官に委ねるという手順のほうがノーマライゼーションの時代にふさわしいと主張する。

認知症の本人の機能的能力の評価には、(1) 認知機能に着目したアプローチ、(2) 特定行為の遂行能力に注目したアプローチ、(3) 日々の行動観察に基づくアプローチがある²⁾。認知機能に着目したアプローチでは、Mini Mental State Examination (MMSE) など多様な認知機能評価が用いられるが、意思能力との関連に関するエビデンスは不十分である³⁾。特定行為の遂行能力に着目したアプローチでは、Applebaum ら⁴⁾ が治療同意能力に関連して、①意思決定に関する情報の理解 (理解 understanding)、②得られた情報の論理的操作 (論理的思考 reasoning)、③意思決定が行われる状況や意思決定の結果の認識 (認識 apprehension)、④意思決定の結果を他者に表明する (選択の表明 expressing a choice) という4段階の構成概念を示し、これに基づいた「治療に同意する能力を測定するための尺度」MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) (1995年)を開発している⁵⁾。また、Marson ら⁶⁾ は「財産管理能力評価尺度」Financial Capacity Instrument (FCI)を開発している。一般に、意思能力の判定は、意思決定の対象となる内容・要求水準によっても変化しうることを考慮する必要がある (例：日用品の購入のような少額の売買契約や投資信託の購入・解約などでは意思能力の判定結果が異なりうる)。

3. 認知症の人へのインフォームドコンセントと医療同意に関する課題

医療を受けることに対する決定権は、医療を受ける者が有している。医師は医療行為を行うにあたって患者の承諾を得ねばならず、その前提として、承諾に必要な説明がなければならない。すなわち、インフォームドコンセント (十分な説明を受けた後の患者の同意) に基づいて医療行為が行われなければならない。医療法においても、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない」(第1条4第2項)と規定している。

このような観点から、認知症の診断を受けた患者本人には、診断名、症状、予測される経過、治療法、利用できる制度やサービスなどについて説明を受ける権利がある。また、そのような説明を前提にして、医療行為を受けること (拒否すること) についての自己決定権がある。しかし、Alzheimer 型認知症をはじめ、現時点では根本治療法が開発されていない多くの認知症疾患において、本人に診断名を告知することについては慎重な立場をとる医師も多い。

認知症の本人が、医療に対する同意能力を欠く場合、医療従事者は慣例として家族や親族から同意を得て医療を行っている。しかし、医療の同意に協力できる家族や親族がいない場合、医療に対する同意能力を欠く認知症者の医療上の決定は難しい問題となる。わが国には、現在のところ、同意能力を欠く成年者の医療同意に関する法制がない。成年後見制度改正の際の議論では、医療同意の問題は「本人の判断能力に問題のある場合の第三者の決定・同意全般に関する問題として、医療の倫理に関する医療専門家等の十分な議論を経たうえで、将来の時間をかけた検討に基づいて慎重に立法の要否・適否を判断すべき事柄である」ので、当面は緊急避難などの一般原則に委ねるべきであるとされた。

この課題を解決するために、わが国では、法律サイドからは日本弁護士連合会「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」(2011年)、成年後見センター・リーガルサポート「医療行為の同意についての中間報告書」(2009年)、医療サイドからは「高齢者の終末期の

医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」(2012年)、行政サイドからは「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015年)が作成されている。また、事前指示(書)により、あらかじめ受けた(または受けたくない)医療の内容を定めておく方法も利用されるようになりつつある。

文献

- 1) 五十嵐 慎人. 成年後見制度と意思能力判定の構造. 老年精医誌. 2003; 14(10): 1228-1239.
- 2) 松田 修. 高齢社会の諸相(9) 高齢社会と判断能力: 正常加齢の評価と病的加齢の評価. 老年精医誌. 2009; 20(6): 681-687.
- 3) 松田 修, 斎藤 正彦. 認知症高齢者の権利擁護と能力評価: 知能検査および認知機能検査の成績と財産行為を含む生活行為の遂行状況との一致度の検討. 老年精医誌. 2011; 22: 723-733.
- 4) Applebaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988; 319(25): 1635-1638.
- 5) Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. Law Hum Behav. 1995; 19: 149-174.
- 6) Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: a conceptual model and prototype instrument. Arch Neurol. 2000; 57: 877-884.

検索式

PubMed 検索: 2015 年 7 月 14 日(火)

#1 ("Dementia/diagnosis" [Mesh] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders/diagnosis" [Mesh] OR cognition disorder* [TI] OR cognitive disorder* [TI]) AND ("Neuropsychological Tests" [Majr] OR neuropsychological test* [TI] OR "Disability Evaluation" [Majr] OR disability evaluation* [TI] OR disability assessment* [TI]) AND ("Liability, Legal" [Mesh] OR legal liability* [TI] OR "Forensic Psychiatry" [Mesh] OR "Decision Making" [Mesh] OR decision making* [TI] OR "Executive Function" [Mesh] OR functional ability* [TI] OR "Mental Competency" [Mesh] OR competency* [TI] OR capacity* [TI])

医中誌検索: 2015 年 7 月 14 日(火)

#1 (認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND (神経心理学的検査/TH OR 神経心理学的検査/TI OR 神経心理学的テスト/TI) AND (法的責任/TH OR 法的責任/TI OR 法的行為能力/TI OR 意思決定/TH OR 意思決定/TI OR "実行機能(意識過程)"/TH OR 実行機能/TI OR 機能的な能力/TI OR 精神的な能力/TH OR 精神的な能力/TI OR 判断能力/TI OR コンピテンス/TI OR キャパシティ/TI)

成年後見制度は、認知症者の権利擁護にどのように活用されているか

回答

認知症の本人は判断能力の低下のため権利侵害を受けやすい。成年後見制度は、判断能力が十分でない人に対して、本人の権利を守る援助者（成年後見人等）を選任し、本人の財産管理や身上監護に関する契約等の法律行為全般を支援する制度である。しかし、今日の成年後見制度には、後見人に医療行為の同意権がないこと、後見人による財産横領の対策が不十分であること、利用率が低いこと、後見人のなり手が不足していることなど、数多くの課題がある。

解説・エビデンス

認知症の本人は判断能力の低下のために権利侵害を受けやすい^{1,2)}。このような権利侵害を防ぐために、日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用することができる。いずれの制度も、その核心は、本人の自己決定を尊重しつつ生活を支援することにある³⁾。

1. 日常生活自立支援事業の概要

認知症、知的障害、精神障害等のために判断能力が十分ではなく、自分一人で福祉サービスの利用契約が困難な場合には、本人との契約に基づいて、福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理、書類等の預かりサービスなどの支援を行う「日常生活自立支援事業（旧：地域福祉権利擁護事業）」を利用することができる。ただし、本事業を利用するには、「本人が本事業の内容を理解し、契約を締結する能力があること」が条件となっている。本人に契約締結能力がない場合には、成年後見制度により選任された成年後見人等との間で利用契約を締結することができる。

2. 成年後見制度の概要

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害等により、判断能力が十分でない人に対して、本人の権利を守る援助者を選任し、財産管理や身上監護（身の回りの世話）に関する契約等の法律行為全般を支援する制度である。法定後見制度と任意後見制度という2つの制度があり、法定後見制度は、家庭裁判所によって選任された成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が、本人の利益を考えながら、本人に代わって契約などの法律行為をしたり（代理権）、本人が自分で法律行為を行うときに同意を与えたり（同意権）、本人が成年後見人等の同意を得ないで行った不利益な法律行為を後から取り消したり（取消権）することによって、本人を保護・支援する制度である。一方、任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自ら選んだ代理人（任意後見

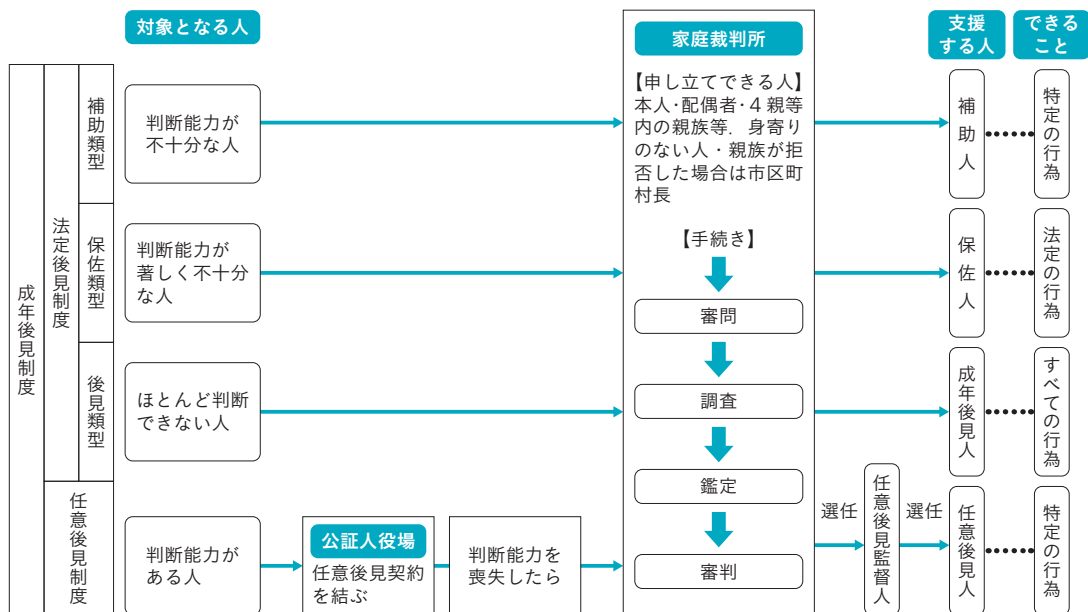


図1 | 成年後見制度の概要

人）に、自分の財産管理・身上監護に係る法律行為の代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって締結しておく制度である。

法定後見制度の申し立ては、本人、配偶者、4親等内の親族、検察官、（身寄りがいない場合は）市区町村長が行う。法定後見には、後見、保佐、補助の3類型があり、「判断能力を欠くのが通常の状態の場合（自己の財産を管理・処分できない、日常的に必要な買い物も自分ではできない）」には後見人を立て、後見人は包括的な代理権と取消権を行使することができる。「判断能力が著しく不十分な場合（自己の財産を管理・処分するには常に援助が必要）」には保佐人を立て、保佐人は特定の事項（民法13条1項に掲げる借金、訴訟行為、相続の承認・放棄、新築・増改築等）について、同意権と取消権を行使することができる。また、当事者の申し立てにより、特定の法律行為（預金の管理、財産管理、介護契約、入院契約など）について、保佐人に代理権を与えることができる。「判断能力が不十分な場合（自己の財産を管理・処分するには援助が必要な場合がある）」には補助人を立て、補助人は当事者の申し立てにより、特定の事項の一部について、同意権・取消権を行使することができる（図1）。

ただし、後見人が行使しうる代理権は、財産管理と身上監護に関することに限定されており、例えば離婚結婚養子縁組、医療行為の同意、身元引受人、身元保証人はできない。また、後見人による財産横領への対策が不十分であること、欧米諸国に比して対人口利用率が著しく低いこと、後見人の担い手が不足していることなどの課題がある。

文献

- 1) 池田恵利子、経済被害を防ぐために：独居高齢者をいかに支えるか、老年精医誌、2011；22(7)：815-824。
- 2) 赤沼康弘、認知症患者の権利をどう守るのか？：認知症の権利擁護、内科、2012；109(5)：825-827。
- 3) 新井 誠、認知症患者の権利保護、成年後見制度の役割、日内会誌、2011；100(8)：2195-2199。
- 4) 岩間伸之、認知症ケアにおける成年後見制度の意義と可能性：本人を主体とした積極的な活用に向けて、日認知症ケア会誌、2012；10(4)：415-420。

- 5) 八杖友一, 経済被害を防ぐための成年後見制度の役割と限界, 老年精医誌, 2011; 22(7): 825-832.
- 6) 最高裁判所事務総局家庭局: 成年後見関係事件の概況.
<http://www.courts.go.jp/about/siryo/kouken/index.html>

■ 検索式

PubMed 検索: 2015 年 7 月 14 日(火)

#1 "Dementia" [Mesh] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Mesh] OR cognition disorder* [TI] OR cognitive disorder* [TI] AND ("Legal Guardians" [Mesh] OR adult guardian* [TI]) AND ("Patient Advocacy" [Mesh] OR "Patient Rights" [Mesh] OR advocacy [TI] OR right* [TI])

医中誌検索: 2015 年 7 月 14 日(火)

#1 (認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND (成年後見制度/TH or 成年後見制度/TI) AND (患者の権利擁護/TH OR 権利擁護/TI OR 患者の権利/TH)

高齢者虐待防止法は、認知症者の虐待防止にどのように役立てられているか

回答

高齢者虐待防止法は、高齢者の虐待防止に関する国の責務、虐待を受けた高齢者の保護措置、養護者による高齢者虐待防止のための支援措置等を定めたものである。認知機能障害は虐待のリスクを高める主要な要因である。虐待を受けていると思われる高齢者を発見した者は、その重症度に応じて、市町村（地域包括支援センター）へ通報する義務または努力義務がある。

解説・エビデンス

「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」（以下、高齢者虐待防止法）は、2005年11月に成立し、2006年4月より施行された。本法の目的は、高齢者の権利を擁護するために、高齢者虐待の防止に関する国の責務、虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担軽減など養護者による高齢者虐待の防止に資する支援のための措置などを定め、高齢者の虐待防止と養護者に対する支援等に関する施策を促進することにある¹⁾。

1. 法律の概要

本法では、高齢者を65歳以上と定義し、高齢者虐待を「養護者による高齢者虐待」と「養介護施設従事者等による高齢者虐待」に分類している。養護者とは、「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの」とされており、高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等を想定している。養介護施設従事者等とは、老人福祉法および介護保険法に規定する「養介護施設」または「養介護事業」の業務に従事する職員を想定している。

高齢者虐待とは「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」であり、表1の5類型に分類される。

虐待を受けていると思われる高齢者を発見した者は、その重症度に応じて、市町村（地域包括支援センター）へ通報する義務または努力義務がある。また、虐待の防止、高齢者の保護、虐待者の支援については、市町村が第一義的に責任をもつ（相談・指導・支援、事実確認のための調査、審判の請求などを行う）。虐待であるか判別しがたい場合であっても、市町村は高齢者の権利が侵害されたり、生命や健康、生活が損なわれたりするような事態が予測される場合には、高齢者虐待防止法の取り扱いに準じて、必要な援助を行っていく必要がある。

表 1 | 虐待の類型

- 1) 身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴力を加えること。
- 2) 介護・世話の放棄・放任：高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
- 3) 心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- 4) 性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- 5) 経済的虐待：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

2. 高齢者虐待の要因

地域在住高齢者における虐待のリスクファクターについては、①高齢者本人の要因（75歳以上、女性、民族、経済状態や健康状態が悪い、認知機能障害がある、攻撃性や介護拒否などの行動、機能低下による依存度が高い、精神障害や心理的問題がある、身体的健康状態が悪いまたは虚弱）、②虐待者の要因（精神障害や心理的問題がある、介護負担やストレスを抱えている）、③関係性（家庭内不和、対立関係や関係の希薄さ）、④環境要因（ソーシャルサポートの貧しさ、同居）があげられている²⁾。

3. 高齢者虐待防止法の対応状況

厚生労働省は、2007年より、「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」を報告している。2013年度の養護者による被虐待高齢者16,140人のうち、要介護認定済みの高齢者数は10,980人（68.0%）であり、このうち「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の高齢者数は7,730人（70.4%）であった。また、養介護施設従事者等による虐待高齢者総402人のうち「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の高齢者は341人（84.8%）である³⁾。

4. 高齢者虐待防止法の限界

介護保険施設や認知症対応型通所介護を対象とする調査では、虐待が疑われる事例が1～2割程度把握されており、実際に通報に上がらない虐待事例は相当数あるものと予測されている⁴⁾。高齢者虐待はその意図性に注目されているが、グレーゾーンの事例の多くは虐待と認定されづらい。また、現法にはセルフネグレクトに関する規定がない。セルフネグレクトを含めた広範囲の権利侵害に対応できる高齢者権利擁護法の創設が必要であるという指摘もある⁵⁾。さらに、現行の制度は、虐待が起こった後の事後対応が中心であるため、未然に防止する観点で不足している。養介護施設従事者等の虐待に対しては、ケアの質の向上、従事者の職務上のストレスの軽減、適切な組織運営を図る取り組みをより明確に位置づける必要があり、養護者の虐待に対しては、認知症ケア従事者が予兆を察知し、適切なケアマネジメントと家族支援を行う必要がある⁶⁾。

文献

- 1) 滝沢 香. 高齢者虐待防止法の概要. 老年精医誌. 2008; 19(12): 1301-1306.
- 2) Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age Ageing.

2013；42(3)：292-298.

- 3) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室. 平成 25 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. 2015.
- 4) 吉川悠貴. 養介護施設従事者等による高齢者虐待と身体拘束：法施行後 5 年間の経過から. 老年社会科学. 2012；34(1)：71-76.
- 5) 野村祥平. セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者への予防・支援の法制化に関する考察：高齢者権利擁護法の成立に向けた課題. 高齢者虐待防止研. 2011；7(1)：82-99.
- 6) 吉川悠貴. 認知症ケア現場における高齢者虐待防止：未然防止の観点から. 日認知症ケア会誌. 2013；11(4)：765-771.

■ 検索式

PubMed 検索：2015 年 7 月 14 日(火)

#1 ("Dementia" [Mesh] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Mesh] OR cognition disorder* [TI] OR cognitive disorder* [TI]) AND "Elder Abuse/prevention and control" [Mesh]

医中誌検索：2015 年 7 月 14 日(火)

#1 (認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND (高齢者虐待防止法/TH OR 高齢者虐待防止法/TI) AND ((高齢者虐待/TH OR 高齢者虐待/TI) AND ((SH=予防) OR 予防/TI OR 防止/TI))

C | 若年性認知症

co 5C-1

若年性認知症とは何か

回答

若年性認知症とは、医学的には65歳未満の認知症発症者を指すが、制度利用上は、利用時点で65歳未満であることを意味している。

解説・エビデンス

これまで、発症時期により若年期認知症、初老期認知症、老年期認知症などの用語が用いられてきたが、若年性 Parkinson 病などにおいては「若年性」は40歳未満発症を指しており、同じ「若年性」という用語が疾患により異なる年齢層を指す場合がありうることから、混乱を避けるために若年性認知症や老人性認知症といった用語は用いないほうが望ましいとの指摘があった（日本認知症学会 編：認知症テキストブック 2008）。しかしながら、厚生労働省から2009年に疫学調査が報告され¹⁾、同年「若年性認知症施策」が打ち出された（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/e01.html>）。その後は2013年の認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）、2015年認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）においても「若年性認知症」と明記され、現在では65歳未満発症者を若年性認知症と表記することが行政レベルで一般的になっている。

「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究報告書」（2009、朝田ら²⁾）によると、18～64歳人口における人口10万人あたりの若年性認知症者数は47.6人（95%CI 45.5～49.7）で、男性57.8人、女性36.7人で、全国の若年性認知症者推計数は3.78万人（95%CI 3.61～3.95）、原因疾患の内訳は、血管性認知症（39.8%）、Alzheimer型認知症（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%）、Lewy小体型認知症（3.0%）と報告されている。

厚生労働省によると、若年性認知症者の支援には、行政や事業者その他の各団体などが、相互に若年性認知症対策に関する理解を深め、有機的な連携のもとで、1人ひとりの状態に応じた多様なサービスが総合的に提供されるよう積極的に努めること、とされている。十分なサービス提供が整っていない環境のなか、インフォーマルサービスを含めた積極的かつ包括的な制度利用が求められている³⁾。

若年性認知症では、年齢が若年であることに加え、本人が家計や育児の中心的担い手であることや家族に就学中の子がいるなど、高齢期の認知症とは異なる生活課題が存在することを念頭に置いた対応が必要である⁴⁾。

なお2016年度からは、都道府県ごとに本人や家族からの相談窓口を設置し、そこに若年性認知症支援コーディネーターが配置された。これは、本人のニーズに合った支援が行われるこ

とを目的として、相談窓口としての役割のみならず、市区町村や関係機関との連携体制の構築、若年性認知症にかかる正しい知識の普及啓発を行うことが求められるものである⁵⁾。

文献

- 1) 厚生労働省. 若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について. 2009.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>
- 2) 朝田 隆. 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究報告書. 2009.
- 3) 認知症介護研究・研修大府センター. 若年性認知症ハンドブック(改訂版).
<https://www.dcnet.gr.jp/support/research/center/list.html?center=2>
- 4) 認知症介護研究・研修大府センター. 若年性認知症支援ガイドブック(改訂版).
<https://www.dcnet.gr.jp/support/research/center/list.html?center=2>
- 5) 認知症介護研究・研修大府センター. 若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引書「抜粋」.
<https://www.dcnet.gr.jp/support/research/center/list.html?center=2>

検索式

PubMed 検索：2015 年 6 月 27 日(土)

- #1 "juvenile dementia" OR "early onset dementia" OR "young onset dementia" OR (("Dementia" [Mesh] OR dementia [TI]) AND (juvenile OR "early onset" OR "young onset" OR "Age Factors" [Mesh])) AND ("economics" [subheading] OR "Economics" [Mesh] OR economic* [TI]) AND ("Social Support" [Mesh] OR "Health Planning" [Mesh] OR "Delivery of Health Care" [Mesh])

医中誌検索：2015 年 6 月 27 日(土)

- #1 (若年性認知症/AL OR ((認知症/TH OR 認知症/TI) AND 若年/AL)) AND (経済学/TH OR 経済/TI) AND (社会的支援/TH OR 社会資源/TI OR 支援制度/TI OR 保健医療計画/TH OR 保健医療サービス提供/TH)

若年性認知症者の経済的課題についての支援制度にはどのようなものがあるか

回答

障害者総合支援法の精神障害者として利用できる自立支援医療や、傷病手当金、障害年金などがあるが、病状や病期、世帯収入などによっても適応が異なる。

解説・エビデンス

就労中に若年性認知症の診断を受けた場合、最初に利用できる経済的なサポートは自立支援医療制度による医療費の公費負担であり、休職した場合には1年6か月間傷病手当金を受け取ることができる。また、初診日を6か月経過した時点で精神障害者保健福祉手帳の申請が可能となり、これによってさまざまなサービスや税の控除を受けることが可能となる。退職後、初診日より1年6か月以降であれば、障害年金の申請を行うことができる。また、退職後にも継続して傷病手当金を受ける場合には、いったん雇用保険（失業手当）の給付延長手続きをしておく。この段階で、さまざまな障害福祉サービスの利用が可能となり、その後、傷病手当金の受給が終了したら、雇用保険加入者は一定期間失業保険の給付を受けることもできる。

自立支援医療制度は、従来は精神保健福祉法で規定されていた「精神通院医療費公費負担制度」に相当するものであるが、2006年の障害者自立支援法の施行によって、他の通院公費負担制度と一元化され、名称が変更になった。認知症の診断を受け、それによって入院によらない医療を受ける場合には、市区町村窓口に申請してこの制度を利用することにより、医療費の自己負担は原則1割になる。また、傷病手当金は、健康保険法で定められた療養中の生活保障の制度であり、療養中であり、労務不能がある日が継続して3日を超え、4日目以降は給料を支給されていない健康保険組合の被保険者は、1年6か月間の間、1日につき標準報酬日額の2/3の金額を受け取ることができる。

精神障害者保健福祉手帳は、精神保健福祉法によって定められている制度であり、一定程度の精神障害の状態にあることを認定し、自立と社会参加の促進を図るために、さまざまな支援を受けることができるようにすることを目的としている。手帳交付によって受けられるサービスには、全国一律で受けられるサービスと、地域・事業者によって受けられるサービスがあり、前者には、所得税・住民税・相続税の控除、自動車税・自動車取得税の軽減、公共料金の減免、生活福祉資金貸し付けなどがあり、後者には、鉄道・バス・タクシーの運賃割引、携帯電話料金・上下水道料割引、公共施設の入場料割引、福祉手当・生活保護の障害者加算、公営住宅の優先入居などがある。精神障害者保健福祉手帳は市区町村窓口に申請する。手帳の等級は障害の程度によって1級から3級に区分されている。留意すべき点は、初診から6か月を経過していなければ診断書が作成できないため、申請はできないということである。この段階

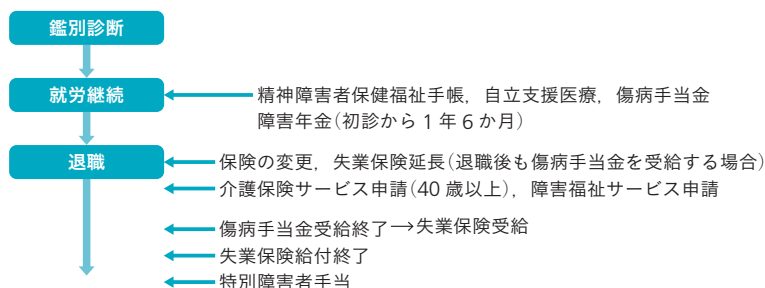


図1 | 制度利用のフロー

医療費・介護費が高額になった場合に利用できる制度：
高額療養費，税金控除，高額介護サービス費，高額医療，高額介護合算療養制度など

で，自立支援医療費制度を同時申請することも可能である。

精神障害者保健福祉手帳とは別に，初診から1年6か月を経過すると，国民年金や厚生年金の加入者は障害年金を受け取ることができる。国民年金保険の被保険者は障害基礎年金を受け取り，厚生年金保険の加入者は，障害基礎年金に上乘せする形で，障害厚生年金を受け取ることができる。障害の等級が3級よりも軽い場合には障害年金を受け取ることができないが，障害手当金を一時金として受け取ることができる。

そのほか，生命保険等の保険の利用，おむつ使用の減免や，自治体によるが保育制度などで利用可能なものがある場合がある。

また，2015年7月1日から，前頭側頭型認知症および意味性認知症は，難病法に基づく指定難病に指定されたため，要件を満たせば一定の医療補助がある。

制度利用のフローについて図1に概略を示す。

Further reading

- 1) 栗田圭一. 医療サービス，生活支援サービス，介護保険サービスを利用する. 老年精医誌. 2015；26(4)：398-405.
- 2) 全国社会福祉協議会. 障害福祉サービスの利用について. 平成26年4月版.
http://www.shakyo.or.jp/business/pdf/pamphlet_h2604.pdf
- 3) 中西亜紀，田川 亮. 認知症を診ていくための制度活用法：障害者手帳と障害者総合支援法のサービスの使い方. 医事新報. 2015；(4769)：38-43.
- 4) 厚生労働省. 知ることからはじめよう：みんなのメンタルヘルス総合サイト.
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion_4.html

検索式

PubMed 検索：2015年6月27日(土)

- #1 "juvenile dementia" OR "early onset dementia" OR "young onset dementia" OR (("Dementia" [Mesh] OR dementia [TI]) AND (juvenile OR "early onset" OR "young onset" OR "Age Factors" [Mesh])) AND ("Social Support" [Mesh] OR social support* [TI] OR life support* [TI] OR "Health Planning" [Mesh] OR "Delivery of Health Care" [Mesh])

医中誌検索：2015年6月27日(土)

- #1 (若年性認知症/AL OR ((認知症/TH OR 認知症/TI) AND 若年/AL)) AND (社会的支援/TH OR 社会資源/TI OR 支援制度/TI OR 生活支援/TI OR 保健医療計画/TH OR 保健医療サービス提供/TH)

若年性認知症者の生活支援に利用できる制度にはどのようなものがあるか

回答

初老期の 16 の特定疾病のいずれかに該当する場合、40 歳から介護保険制度が利用できるが、40 歳未満の場合、介護保険制度の利用はできない。精神障害者として認定された場合は、障害者総合支援法に基づく施設利用などのサービス利用は可能である。

解説・エビデンス

初老期の 16 の特定疾病* のいずれかに該当する場合、40 歳から介護保険制度が利用できるが、各種介護サービスが高齢者を想定した内容で運営されているため利用しにくい実情がある。40 歳未満の場合、介護保険制度の利用はできない。精神障害者として障害者総合支援法に基づく精神障害者の施設利用は可能であるが、認知症を想定した運営がなされていないため利用しにくいという問題が生じうる。

〈特定疾病* について〉

厚生労働省は、特定疾病について次のように定義してその範囲を明確にするとともに、介護保険制度における要介護認定の際の運用を容易にする観点から、以下のとおり個別疾病名を列記している（介護保険法施行令第二条）。

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

- 1) 65 歳以上の高齢者に多く発生しているが、40 歳以上 65 歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。
- 2) 3～6 か月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。
 1. 癌（癌末期）^{*}
（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
 2. 関節リウマチ^{*}
 3. 筋萎縮性側索硬化症
 4. 後縦靱帯骨化症
 5. 骨折を伴う骨粗鬆症
 6. 初老期における認知症
 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及び Parkinson 病^{*}（Parkinson 病関連疾患）
 8. 脊髄小脳変性症

9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症※
12. 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(※印は平成 18 年 4 月に追加, 見直しがなされたもの)

Further reading

- 1) 栗田主一, 医療サービス, 生活支援サービス, 介護保険サービスを利用する, 老年精医誌, 2015; 26(4): 398-405.
- 2) 厚生労働省, 特定疾病の選定基準の考え方.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>
- 3) 厚生労働省, 知ることからはじめよう: みんなのメンタルヘルス総合サイト.
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion_4.html

検索式

PubMed 検索: 2015 年 6 月 27 日(土)

- #1 ("juvenile dementia" OR "early onset dementia" OR "young onset dementia" OR (("Dementia" [Mesh] OR dementia [TI]) AND (juvenile OR "early onset" OR "young onset" OR "Age Factors" [Mesh]))) AND ("Social Support" [Mesh] OR social support* [TI] life support* [TI] OR "Health Planning" [Mesh] OR "Delivery of Health Care" [Mesh])

医中誌検索: 2015 年 6 月 27 日(土)

- #1 (若年性認知症/AL OR ((認知症/TH OR 認知症/TI) AND 若年/AL)) AND (社会的支援/TH OR 社会資源/TI OR 支援制度/TI OR 生活支援/TI OR 保健医療計画/TH OR 保健医療サービス提供/TH)

若年性認知症者の相談支援にはどのようなものがあるか

回答

各地の家族会および自治体の委託等による相談機関などがあるが、地域により実情が異なるため、都道府県などに問い合わせる必要がある。

解説・エビデンス

認知症の疾患特性から、情報交換やピアカウンセリングの意味も含め、相談窓口の活用や介護家族の家族会への参加、インフォーマルサービスの利用とともに、近年各地で設置が進められている認知症カフェの活用などは重要である。

厚生労働省は 2009 年に若年性認知症の電話無料相談窓口として、若年性認知症コールセンターを認知症介護研究・研修大府センターに設置した (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/09/h0930-6.html>)。

- ・若年性認知症コールセンター

<http://y-ninchisyotel.net/callcenter/new.html>

自治体により、独自に支援センターをもつところもある。

- ・東京都若年性認知症総合支援センター

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/kisochishiki/jakunensei/jakunen_center/

Further reading

- 1) 栗田主一, 医療サービス, 生活支援サービス, 介護保険サービスを利用する. 老年精医誌. 2015; 26: 398-405.
- 2) 厚生労働省, これからの若年性認知症施策の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/e01.html>

検索式

PubMed 検索: 2015 年 6 月 27 日(土)

#1 ("juvenile dementia" OR "early onset dementia" OR "young onset dementia" OR (("Dementia" [Mesh] OR dementia [TI]) AND (juvenile OR "early onset" OR "young onset" OR "Age Factors" [Mesh]))) AND ("Referral and Consultation" [Mesh] OR consult [TI] OR consultation [TI] OR referral [TI])

医中誌検索: 2015 年 6 月 27 日(土)

#1 (若年性認知症/AL OR ((認知症/TH OR 認知症/TI) AND 若年/AL)) AND (社会的支援/TH OR 社会資源/TI OR 支援制度/TI OR 保健医療計画/TH OR 保健医療サービス提供/TH) AND (紹介と相談/TH OR 相談/TI OR コンサルテーション/TI OR コンサルタント/TI OR カウンセリング/TH OR カウンセリング/TI)

cq 5D-1

認知症と診断された人が自動車免許を保持し、現在も自動車運転をしていることが明らかになった場合には、どのような対応が望ましいか

推奨

わが国において 2002 年から認知症と診断された場合、運転は認められていない。2014 年から任意通報制度が開始され、都道府県公安委員会への通報が認められるようになった。

2C

解説・エビデンス

1. 解説

認知症者の運転適性の医学的判断はこれまでさまざまな検討がなされているが、認知症の背景疾患を考慮した運転能力や適性を判断・予測する検査方法は見出されておらず、どのような状態やどのようなタイプの認知症であれば運転継続が危険であるという結論は得られていない。その要因として、認知症は背景疾患が多様であること、運転能力は認知症の重症度により影響されうることがあげられる。一方、わが国では認知症に関する運転適性は、2002 年の改正道路交通法において制限を受けるようになっていた。その際の認知症とは介護保険法第 5 条の 2¹⁾ に規定されている認知症とされている。また、2009 年からは 75 歳以上の高齢ドライバー免許更新に際して、講習予備検査²⁾を受検することが義務づけられている。

現行では 75 歳以上の免許更新者の講習予備検査の結果、認知症が疑われ、その者が 1 年以内に基準行為³⁾と呼ばれる特定の交通違反を起こしていれば、認知症の有無を判断するために臨時適性検査⁴⁾もしくはかかりつけ医の受診を公安委員会が命令し、その結果、介護保険法第 5 条の 2 に規定する認知症であると判明した場合は免許停止が行われる。なお、図 1 に示すように、2017 年 3 月からの改正道路交通法では 18 項目（表 1）の違反者は臨時検査が導入され、更新時期を待たずに講習予備検査の受検が義務づけられる。そして 1 分類と判定された場合、認知症の有無の判定のため医師の診察を受けることが必要となる。それにあわせて日本医師会でも、『かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』が 2017 年 3 月 8 日付けで公開されており（<http://www.med.or.jp/doctor/report/004984.html>）、診断書作成時の参考にされたい。

また、2014 年 6 月から医師の任意通報制度⁵⁾が開始された。したがって、認知症診療に携わる医師は、認知症が疑われたり、認知症と診断を下した場合には、公安委員会に通報ができるようになったため、まずは認知症の有無を適切に判断することが必要となる。そして認知症

と診断した際はその根拠をもとにして、患者や家族への認知症の告知後、患者の運転に関する事項について丁寧に説明を行い、それらに対する患者や家族の反応などをきちんと診療録に記載する必要がある。また、運転中断告知後は一度のみではなく、その後も患者や家族への運転中断後の療養生活への影響なども含めた生活指導を心がけなければならない。なお、任意通報制度の活用にあたっては、認知症に関与する関連5学会が合同で作成したガイドライン (http://dementia.umin.jp/GL_2014.pdf) を参考にされたい。

2. 用語解説

- 1) 介護保険法第5条の2：認知症に関する調査研究の推進等のため、国および地方公共団体は、被保険者に対して行う措置の目的として介護保険制度上の認知症の規定があり、脳血管疾患、Alzheimer 病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能およびその他の認知機能が低下した状態をいうと定義されている。
- 2) 講習予備検査：運転免許証の更新期間が満了する日の年齢が75歳以上のドライバーは、高齢者講習の前に講習予備検査を受けなければならないもので、時間の見当識、手がかり再生、時計描画という3つの検査項目を含んだ記憶力や判断力を測定する検査を指す〔講習予備検査（警察庁）：https://www.npa.go.jp/policies/application/license_renewal/ninchi.html〕。
- 3) 基準行為：基準行為とは認知機能が低下した場合に行われやすいものとして政令（道路交通法施行令第37条の7第1項関係）で定める行為を指し、具体的には以下の15の違反行為〔信号無視、通行禁止違反、通行区分違反（右側通行等）、通行帯違反、進路変更禁止違反、転回・後退等禁止違反、踏切不停止、しゃ断踏切立ち入り、指定通行区分違反、一時不停止、交差点優先車妨害、

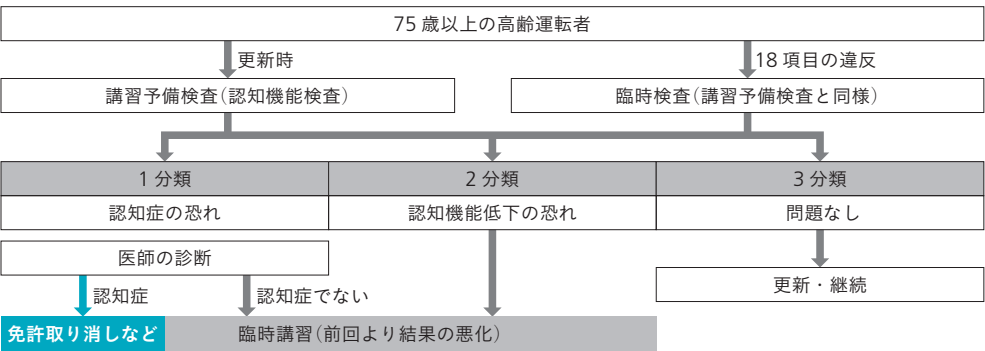


図1 | 75歳以上の講習予備検査
〔警察庁：認知機能検査と高齢者講習(75歳以上の方の免許更新).
<http://www.keishicho.metro.tokyo.jp/menkyo/koshu/koshu/over75.html> [2017.6.29]]

表1 | 臨時認知機能検査の対象となる18項目の違反

● 信号無視 ● 通行禁止違反 ● 通行区分違反 ● 横断等禁止違反 ● 進路変更禁止違反 ● 一時停止せず踏切に進入 ● 交差点で徐行せず右左折 ● 指定通行区分違反 ● 環状交差点で徐行せず右左折	● 優先道路で通行車の進行妨害 ● 交差点で直進の方向車の妨害 ● 環状交差点で通行車の進行妨害 ● 横断歩道で一時停止せず歩行者を妨害 ● 横断歩道のない交差点に進入、歩行者を妨害 ● 徐行場所違反 ● 一時停止せず交差点に進入 ● 合図不履行 ● 安全運転義務違反
--	--

優先道路通行車妨害，徐行場所違反，横断歩行者等妨害，交差点安全進行義務違反〕を指す。

- 4) 臨時適性検査：道路交通法第 102 条第 1 項に規定されている検査であり，安全な運転に影響を及ぼす可能性のある病気または身体の障害が疑われた場合に都道府県公安委員会が指示をする，更新申請時以外の適性検査のことを指す．通常，疾患により専門性などが異なるため，それぞれの領域の専門医が診察行為として行うもの．
- 5) 任意通報制度：一定の病気等に罹っているドライバーを診察した医師は，自動車等の運転に支障があると思われる場合，診察結果を公安委員会へ任意に届け出ることができる制度．

文献

- 1) Devlin A, McGillivray JA. Self-regulation of older drivers with cognitive impairment : a systematic review. *Australas J Ageing*. 2014 ; 33 (2) : 74-80.
- 2) Martin AJ, Marottoli R, O'Neill D. Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 ; (5) : CD006222.
- 3) Martin AJ, Marottoli R, O'Neill D. Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 ; (1) : CD006222.
- 4) Carmody J, Potter J, Lewis K, et al. Development and pilot testing of a decision aid for drivers with dementia. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014 ; 14 : 19.
- 5) Johnson DA, Frank O, Pond D, et al. Older people with mild cognitive impairment—their views about assessing driving safety. *Aust Fam Physician*. 2013 ; 42 (5) : 317-320.

Further reading

- 1) Dawson JD, Anderson SW, Uc EY, et al. Predictors of driving safety in early Alzheimer disease. *Neurology*. 2009 ; 72 (6) : 521-527.
- 2) 上村直人，大石りさ，池田 学．高齢者「主治医」事典；高齢者の生活と診療：運転免許証：高齢者における運転適性の判断．*JIM*. 2013 ; 23 (10) : 849-852.

検索式

PubMed 検索：2015 年 7 月 14 日(火)

- #1 ("Dementia" [Mesh] OR dementia [TI] OR "Cognition Disorders" [Mesh] OR cognition disorder* [TI] OR cognitive disorder* [TI]) AND "Automobile Driving" [Mesh] AND ("Decision Support Techniques" [Mesh] OR decision support* [TI] OR "Health Education" [Mesh] OR education [TI] OR "Law Enforcement" [Mesh] OR law enforcement* [TI] OR "Safety Management" [Mesh] OR safety [TI] OR "Physician's Role" [Mesh] OR physician's role* [TI] OR ("Accidents, Traffic" [Mesh] OR traffic accident* [TI]) AND (risk [Mesh] OR risk [TI])) OR "Dangerous Behavior" [Mesh] OR dangerous behavior* [TI] OR dangerous action* [TI])

医中誌検索：2015 年 7 月 14 日(火)

- #1 (認知症/TH OR 認知症/TI OR 認知障害/TH OR 認知障害/TI) AND (自動車運転/TH OR 自動車運転/TI OR 自動車免許/TI) AND (患者教育/TH OR 教育/TI OR 法の執行/TH OR 道路交通法/TI OR 安全管理/TH OR 安全管理/TI OR 医師の役割/TH OR 医師の役割/TI OR ((交通事故/TH OR 交通事故/TI OR 交通違反/TI) AND (リスク/TH OR リスク/TI OR 危険/TI)) OR 危険行動/TH OR 危険行動/TI OR 危険な行動/TI OR 危険行為/TI)