

認知症リスク高い独り住まい高齢者の生活支援

令和5年7月15日

エス・ティー・アート

# 目次

第1章 認知症高齢者の把握 .....	1
第1節 病気を知る .....	1
1-1 認知症とは .....	1
1-2 認知症の原因疾患 .....	1
1-3 病気の性格 .....	5
1-4 症状の分類 .....	8
1-5 鑑別診断、認知症診断方法について .....	13
第2節 認知症高齢者の実態 .....	24
2-1 全国の認知症高齢者の実態 .....	24
2-2 神戸市の認知症高齢者の実態 .....	25
第2章 認知症高齢者に関する制度等の整理 .....	31
第1節 今までの国の方針や計画等 .....	31
1-1 介護保険以前の認知症対策 .....	31
1-2 介護保険開始後の認知症対策 .....	33
1-3 介護保険改正の認知症ケアの重視 .....	35
1-4 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（平成24年） .....	37
1-5 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（平成27年） .....	41
1-6 認知症施策推進大綱 .....	43
第2節 各種制度・事業の整理 .....	47
2-1 新オレンジプラン（平成27年1月策定）以降の制度・事業 .....	47
第3節 神戸市の推進事業の整理 .....	78
3-1 新オレンジプラン（平成27年1月策定）以降の神戸市の事業等 .....	78
第3章 認知症独居高齢者の介護施設利用等にかかる成年後見制度、財産管理制度 の活用策の検討 .....	108
第1節 成年後見制度の概要 .....	108
第2節 成年後見制度の利用状況等 .....	117
第3節 成年後見制度利用促進基本計画 .....	121
3-1 第1期基本計画（2017年度～2021年度） .....	121
3-2 第2期基本計画（2021年度～2025年度） .....	124
第4節 成年後見制度の利用促進の取組 .....	133

4-1	権利擁護支援の地域連携ネットワーク .....	133
4-2	市町村長申立ての適切な実施と成年後見制度利用支援事業の適切な実施 .....	138
4-3	意思決定支援 .....	157
第5節	認知症高齢者を受け入れ可能な施設 .....	179
第6節	他都市等における成年後見制度等に係る取組事例 .....	185
第7節	神戸市における現状と課題 .....	205
7-1	現状 .....	205
7-2	課題の整理 .....	213
7-3	意思決定支援の強化・充実について .....	217

# 第1章 認知症高齢者の把握

## 第1節 病気を知る

### 1-1 認知症とは

「認知症」とは、もともと正常に発達した知能が、その後の病気や障害によって、持続的（およそ6ヵ月以上継続）に低下した状態のことである。

認知症は、ひとつの「病気」の名前ではなく、様々な原因で知能が低下した「状態」の総称として名付けられた用語である。

我が国では以前まで「痴呆」という言葉を使っていたが、この言葉は侮蔑感を感じさせる表現であることから、厚生労働省は平成16年12月に、行政用語としての「痴呆」を「認知症」に改めた。

### 1-2 認知症の原因疾患

認知症の原因となる疾患は、頭蓋内の病気によるもの、身体の病気によるものなど様々なものがあり70ほどがある。

表 認知症の原因となる主な疾患

各種の原因疾患	診断名
脳血管障害	脳出血、脳梗塞、ビンスワンガー病
退行変性疾患	アルツハイマー病、レビー病 前頭側頭型認知症（ピック病）、ハンチントン舞踏病
分泌・代謝性疾患	甲状腺機能低下症、ビタミン B <sub>12</sub> 欠乏、サイアミン欠乏症、肝性脳症、透析脳症、肺性脳症、低酸素症
中毒性疾患	各種薬物、金属、有機化合物などの中毒、アルコール中毒
感染症疾患	クロイツフェルト・ヤコブ病、各種脳炎ならびに髄膜炎、進行麻痺、エイズ
腫瘍性疾患	脳腫瘍、転移性腫瘍
外傷性疾患	頭部外傷後遺症、慢性硬膜出血
その他	正常圧水頭症、多発性硬化症、神経パーチエット病

出典：長谷川和夫「認知症診療のこれまでとこれから」永井書店、62頁、2006年

代表的なものは「アルツハイマー型認知症」と「脳血管性認知症」である。

なかには、原因となる病気を適切に治療することで認知症症状が軽くなるものもあり、それらは認知症全体の約1割を占めている。

また、脳内疾患によって起こるものが大部分で、なかには内分泌病、代謝病、中

毒性疾患、腫瘍性疾患、感染症等の全身性疾患によって起こるものもある。

早期に診断がつき早期に治療が行われれば軽快するケースもある。最も頻度の多いものはアルツハイマー型認知症で、全体の半分を占める。次に脳血管性認知症、レビー小体病と続いている。

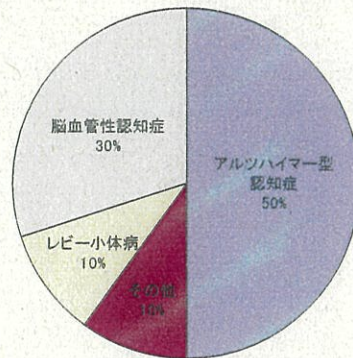


図 認知症の原因疾患の比率

出典：須貝佑一「ぼけの予防」岩波書店、20頁、2005年より一部改変

## 1. アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症とは、認知症をきたす疾患の中で一番多い疾患である。その原因は不明であるが、脳内でさまざまな変化がおこり脳の神経細胞が急激に減ってしまい、脳が萎縮して（小さくなって）高度の知能低下や人格の崩壊がおこる認知症である。初期の症状は、徐々に始まりゆっくり進行するもの忘れが特徴である。

古い記憶はよく保たれているが、最近の出来事を覚えることができない。そのため同じことを何度も何度も聞きかえしたり、置き忘れが多くなってくる。

昨日お礼の電話をしたことを忘れて、今日また同じ相手に電話などということがある。

抑うつや妄想ではじまることもある。

運動麻痺や歩行障害、失禁などの症状は初期にはなく、CTやMRIなどの画像検査も正常かやや脳の萎縮がつよいという程度である。

若年型、初老期発症型(65歳未満)  
アルツハイマー病

老年期発症型(65歳以上)  
アルツハイマー型老年期認知

(1) アルツハイマー型認知症の特徴

ア. アルツハイマー型認知症の臨床診断(ステージ)と臨床的特徴

臨床診断(ステージ)	臨床的特徴
軽度の アルツハイマー型 認知症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年月日の感覚が不確か《時間の見当識障害》</li> <li>・ 夕食の準備や買い物(必要な材料、支払い)で失敗する</li> </ul>
中等度の アルツハイマー型 認知症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 近所以外では迷子になる《場所の見当識障害》</li> <li>・ 買い物を一人でできない</li> <li>・ 季節に合った服、釣り合いの取れた服が選べず、服をそろえるなど介助が必要となる</li> <li>・ 入浴を忘れることがあるが、自分で体をきちんと洗うことができ、お湯の調節もできる</li> <li>・ 自動車を安全に運転できなくなる</li> <li>・ 大声をあげるなどの感情障害や多動、睡眠障害により、医師による治療的かかわりがしばしば必要になる</li> </ul>
高度の アルツハイマー型 認知症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配偶者や子供の顔もわからない《人物の見当識障害》</li> <li>・ 家の中でもトイレの場所がわからない</li> <li>【着衣に介助が必要】</li> <li>・ 寝巻きの上に普段着を重ね着してしまう</li> <li>・ ボタンをかけられなかったり、ネクタイをきちんと結べない</li> <li>【入浴に介助が必要】</li> <li>・ お湯の温度や量の調節ができない</li> <li>・ 体をうまく洗えない</li> <li>・ 風呂から出た後、体を拭くことができない</li> <li>【トイレに介助が必要】</li> <li>・ きちんと拭くことを忘れる、また済ませたあと服を直せない</li> <li>【尿・便失禁】</li> <li>【言語機能、語彙の衰退】</li> <li>・ 話し言葉が途切れがちになり、単語、短い文節に限られてくる</li> <li>さらに進行すると、理解しうる語彙はただ1つの単語となる</li> <li>【歩行能力の衰退】</li> <li>・ ゆっくりした小刻みの歩行となり、階段の上り下りに介助を要する</li> </ul>

監修:認知症介護研究・研修東京センター 本間 昭、住友病院 神経内科 宇高 不可思  
Reisberg, B. et al.:Special Research Mehods for Gerontology. Baywood., 195-231(1989)より改変

イ. 脳内では何がおきているのか

アルツハイマー型認知症の特徴的な脳の変化は以下のとおりである。

① 大脳皮質に著しい萎縮がみられる

アルツハイマー型認知症では、脳全体(特に側頭葉や頭頂葉)が萎縮して(小さくなって)いく。成人では通常1,400グラム前後ある脳の重さが、発症後10年位たつと800~900グラム以下に減っている。正常な脳と比べてみると、大脳が小さくなっている。

② 老人斑、神経原線維変化、神経細胞の脱落がみられる

アルツハイマー型認知症の脳を顕微鏡で観察すると、神経細胞と神経細胞の間に老人斑(シミのようなもの)や神経細胞の中に神経原線維変化(糸く

ずのようなもの)がみられる。そして、老人斑や神経原線維変化の増加に伴い、神経細胞が減っている。

③ 神経伝達物質に異常が生じている

神経伝達物質の異常は、アルツハイマー型認知症の発現に深く関与しているものと考えられる。アルツハイマー型認知症では、いろいろな神経伝達物質の減少がみられるが、記憶の働きに関わる神経伝達物質アセチルコリンの減少が特に強いことが明らかにされている。

## 2. 脳血管性認知症

脳血管性認知症とは、脳の血管が詰まったり破れたりすることによって、その部分の脳の働きが悪くなり、そのため認知症になることがある。脳血管性認知症は、脳のなかに大きな梗塞がある場合や小さな梗塞がたくさんある場合、脳全体の血流が低下している場合など様々な原因で発症する。脳卒中発作後に、突然、症状が現れたり、段階上に進行、悪化したりすることがしばしばみられる。

脳血管性認知症は、障害された場所によって、ある能力は低下しているが別の能力は比較的大丈夫という様に、まだら状に低下し、記憶障害がひどくても人格や判断力は保たれていることが多いのが特徴である。また、高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙など、心疾患や動脈硬化の危険因子を持っていることが多いことも特徴である。

更に、歩行障害、手足の麻痺、呂律(ろれつ)が回りにくい、転びやすい、尿失禁、抑うつ、感情失禁(感情をコントロールできず、ちょっとしたことで泣いたり、怒ったりする)などの症状が早期からみられることもしばしばある。

### (1) 脳血管性認知症の特徴

① 脳の血管が詰まったり破れたりする。

脳血管性認知症の原因としては、脳梗塞の多発によるものが大部分(70~80%)を占める。脳血管障害により脳の血流量や代謝量が減少し、その程度や範囲は認知症の程度と関係する。

② 脳血管性認知症の症状の特徴

脳血管性認知症では、障害された部位によって症状は異なり、めまい、しびれ、言語障害、知的能力の低下等にはむらがある。また、記憶力の低下が強いわりには判断力や理解力などが相対的によく保たれている場合(まだら認知症)がある。また、症状は日によって差が激しいことがある。

- ・片麻痺
- ・意欲、自発性低下
- ・小刻み歩行などの歩行障害
- ・頻尿、尿失禁
- ・構音、嚥下障害

### 3. その他の認知症の原因疾患（主なもの）

その他の認知症の原因疾患は次のとおりである。

ビンスワンガー病	大脳白質のびまん性病変が特徴で、高血圧が長期持続した高齢者に多く見られる。
レビー小体型認知症	パーキンソン症候を伴う。
前頭側頭型認知症 (ピック病)	脳の変性部位が、アルツハイマー型認知症とはやや異なる。
ハンチントン舞蹈病	この疾患の認知障害は、皮質下認知症とされている。
慢性硬膜下血腫	外傷性疾患であり、治療可能な認知症として知られている。

#### 1-3 病気の性格

我々は毎日の暮らしの中で多くの情報を受け取り、過去の記憶や蓄積された知識と照合しながら、あれかこれかの選択、あるいは「はい」「いいえ」の判断をしている。

これには記憶、知識や言語（言葉のやりとり）、理解、見当識（時間や場所について正しく認識できる）、思考、計算、注意力などの精神機能がかかわっており、情報を集め、分析して判断する機能といってもよい。

例えば、冷蔵庫を買い換える場面を想像してみると、値段や大きさ、容量、そして現在家にある冷蔵庫と比べてどういう新しい機能があるかなどを検討している。また「家族が増えて、冷凍食品も多くなったので、冷凍庫の大きいのがいい」などと、自分たちの必要に応じて考えている。そして、カタログを調べてみたり、業者や友人などに問い合わせる情報をまとめあげて、これにしようかと判断をする。

こうした冷蔵庫を買い換える行動には、集めた情報を記憶する能力、費用を計算する能力、比較したり判断する能力が必要である。また、言葉のやりとりや読み書きの能力も必要で、買物をするという行動には多くの認知能力を駆使している。認知症は、この認知能力が低下していく症状である。

ある認知症の人は、何回も同じことを繰り返し尋ねる。聞かれる方は「20回も今日の日付を聞かれた」と訴えるが、認知症の人は尋ねたことをすぐ忘れてしまうために、同じことを尋ねることになる。これが初期では多い症状である。

さらに、自宅にいるのに「私の家に帰りたい」と言って、夜遅くなって外出しようとしたり、あるいは10年も前に退職した会社に早朝出かけようとするなど、認知症にはこのような症状がよくみられる。介護する家族は「こういうときに、どう対処したらいいのでしょうか？」と困り果てて訴えることとなる。

認知症の特徴として、高齢になるにつれて出現率が増加していく。

図は、5年区切りで認知症の出現率を検討したもので、65～69歳では1.5%なのに対して、70～74歳では3.6%と約2倍と倍増し、85歳以上は27.3%となっている。人口の高齢化の著しいわが国では、その対応が緊急の課題となっている。



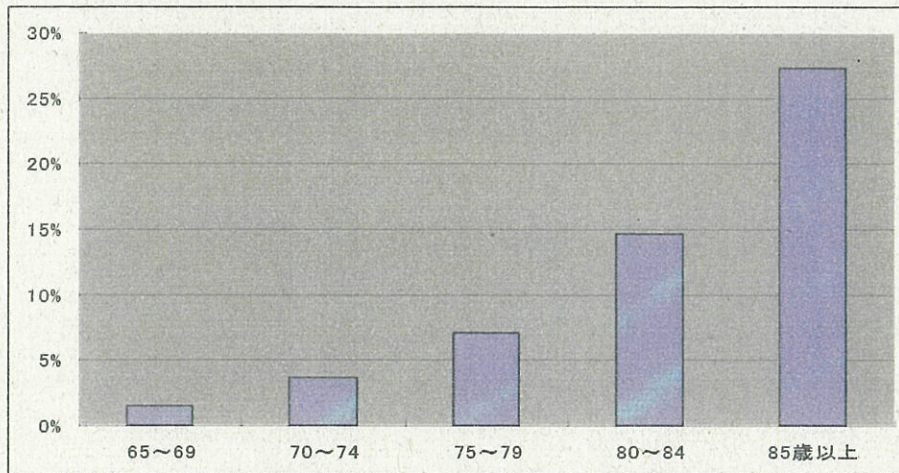


図 高齢者の年齢段階別認知症出現率

出典：「老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆症老人の把握方法等について」（平成4年2月25日老計第29号・老健14号）

### 1. 進行別症状の違い

病気が進行するに従い、次のように症状が進行していく。

初期症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・物忘れがひどくなる。</li> <li>・体験した事が覚えられず、食べた食事を催促する。約束を忘れる。</li> <li>・同じものを何回も買ってくる。</li> <li>・何度も同じ事を言ったり、聞いたりする。</li> </ul>
中期症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言動が混乱する。</li> <li>・時間や場所の認識が無くなっていく。</li> <li>・自分がどこにいるか分からなくなって徘徊する。</li> <li>・数の計算ができなくなったり、言葉の意味が分からなくなってくる。</li> <li>・「物を盗まれた」「いじめられてる」などの妄想や幻覚症状がでてくる。</li> </ul>
末期症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会話や日常生活が送れなくなる。</li> <li>・家族の名前も分からなくなったり、恍惚状態になっていく。</li> <li>・失禁もあり、会話も成り立たず、意思の疎通がはかれなくなってくる。</li> <li>・体力も落ちて寝たきりになる場合もある。</li> <li>・人格の崩壊が始まり、無表情でコミュニケーションを取ることが困難になっていく。</li> </ul>

特に多いアルツハイマー病の各症状の出現時期を示す。

表 アルツハイマー病の各症状の出現時期

	初期		中期	後期
記憶障害	近時記憶の障害 (1) エピソード記憶 の障害(2)	遠隔記憶の障 害(3) 意味記憶の障 害(4)	手続記憶の障害(5)	

	初期		中期		後期
失語	喚語困難(6) 語想起課題の低下(7)	言語理解の低下			反響言語(8)
失行	構成失行(9)	観念運動失行(10)	観念失行(11) 着衣失行(12)		
失認 (誤認症候群)	地誌的失見当職(13)	カプグラ症候群(14) 幻の同居人(15)	半側空間無視(16) 対鏡行動(17)	パリント症候群(18)	手指失認(19)
実行機能障害			実行機能障害		
前頭葉障害 (臨床上)			流暢性の低下 脱抑止症状(20) 自発性の低下		
精神障害	うつ、不安、焦燥 心気症状(21)	興奮 攻撃的行動			無為自閉
性格変化		性格変化			
妄想	もの盗られ妄想 嫉妬妄想				
徘徊		徘徊			
せん妄		日没症候群(22) 夜間せん妄			
食行動異常	食べ物の好みの変化	過食	拒食 異食		嚥下障害
失禁		失禁	弄便		
多動		多動、常同行動(23)			寡動

- (1) 近時記憶の障害：数日内に起こった比較的最近の出来事を忘れてしまうこと。
- (2) エピソード記憶の障害：「いつ、どこで何をした」という時間や場所が特定された出来事を忘れてしまうこと。
- (3) 遠隔記憶の障害：昔の思い出のような遠い過去の出来事を忘れてしまうこと。
- (4) 意味記憶の障害：「地球は丸い」といったいわば知識に相当する抽象的な記憶を忘れてしまうこと。
- (5) 手続記憶の障害：自転車に乗るなどの技能に相当するような、身体が覚えている記憶が失われてしまうこと。
- (6) 喚語困難：言いたいことが頭に浮かんでいるのに、言葉がとっさに出てこない状態。
- (7) 語想起課題の低下：一定時間内に単語や言葉を想起する能力が低下している状態。
- (8) 反響言語：自分に話しかけられた言葉をそのままおうむ返しのように繰り返すこと。
- (9) 構成失行：積み木やパズルなどの構成物を組み立てたりすることができなくなる。
- (10) 観念運動失行：比較的簡単な動作にもかかわらず指示に従って意図的に行なうことができなくなる。
- (11) 観念失行：ハサミが紙を切る道具とわかっているのに目的どおりの使い方ができなくなる。
- (12) 着衣失行：衣服の表裏や上下がわからなくなりうまく着られなくなる。
- (13) 地誌的失見当職：良く知っている目的地への経路にもかかわらず実際に順路を辿るとわからなくなる。
- (14) カプグラ症候群：家族や友人が瓜二つの偽者にすり替わっていると思ってしまうこと。
- (15) 幻の同居人：家の中に誰か見知らぬ人が住んでいると思ってしまうこと。
- (16) 半側空間無視：左右どちらかの空間を認知できないために同側からの刺激に反応できず無視してしまうこと。
- (17) 対鏡行動：鏡に映った自分を他人と思い話しかけること。
- (18) パリント症候群：眼球を思うように動かせなくなり、見えているものをつかめなくなること。

- たりすること。
- (19) 手指失認：自分の指の区別（小指、人差し指など）がつかなくなること。
  - (20) 脱抑止症状：社会的に不適切な行為を衝動的にとること。
  - (21) 心気症状：特に異常がみられないのに自分は重大な病気にかかっていると思込むこと。
  - (22) 日没症候群：日没時にせん妄に似た軽い症状が現れること。
  - (23) 常同行動：無目的に同じ動作や行為を繰り返すこと。

## 1-4 症状の分類

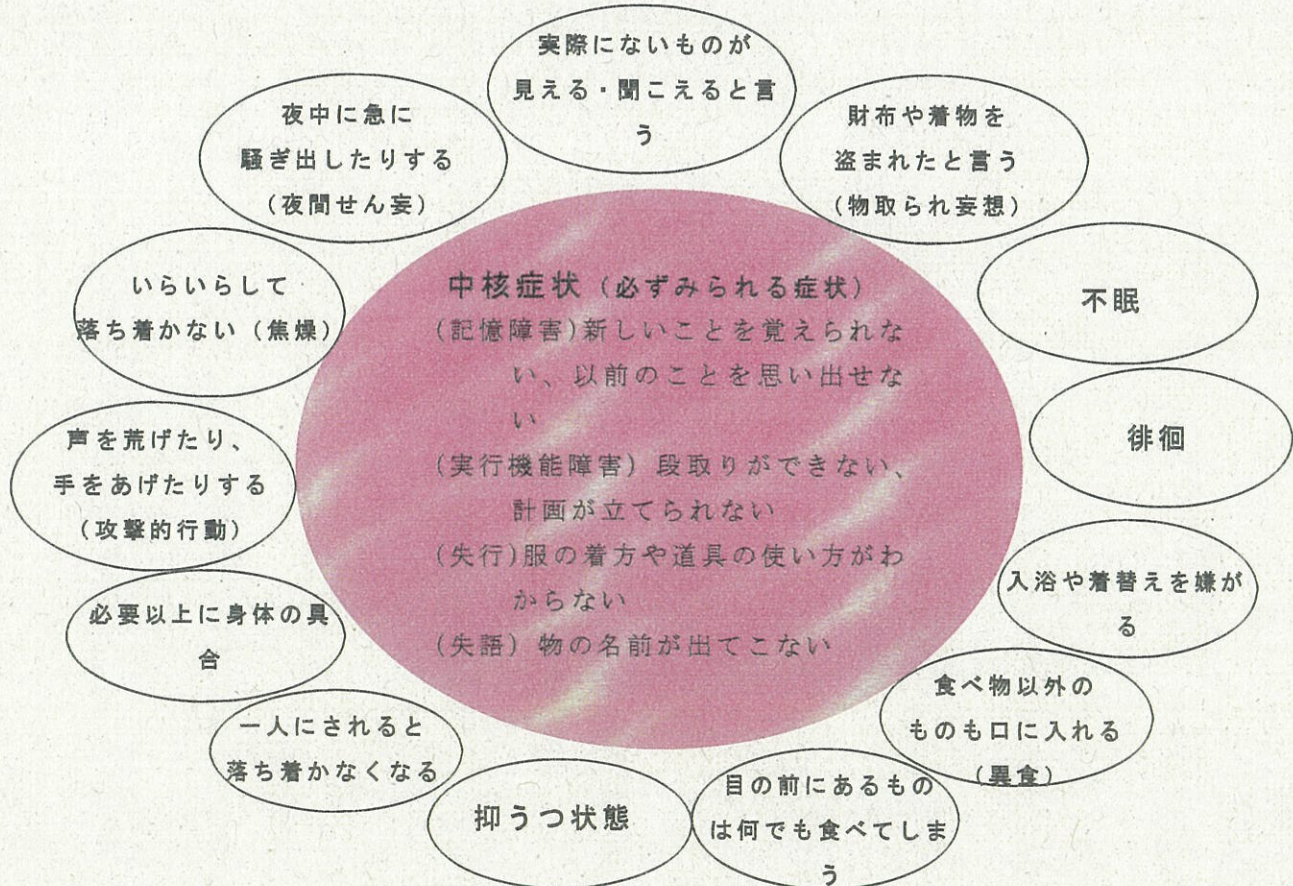
認知症の症状には中核症状と周辺症状がある。中核症状は、認知症の人に必ず現れる症状であり、認知症の重傷度を判定する際の目安にもなっている。

一方、周辺症状は、中核症状によって及ぼされる生活障害のことである。個人差や生活環境などによって周辺症状の出かたは異なるが、精神症状が認知症の前に出現していた人などでは、周辺症状が加齢によるものと思われてしまうこともあり、生活障害の程度を正しく評価する必要がある。

中核症状は、「主症状」とも呼ばれ、記憶障害を含む認知機能障害のことを指している。

周辺症状は、身体の具合や環境、介護の方法などによって影響され、随伴精神症状と呼ばれる精神面・心理面の症状を含んでおり、最近では「認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）」と呼んでいる。

認知症の中核症状と周辺症状



認知症の人は、病気の症状によって様々な混乱行動を起こす。これらの行動は、かつて「問題行動」や「異常行動」と言われることがあったが、脳の器質的要因から起こる認知機能障害であることから「行動障害」と呼ばれるようになった。出現する行動には何らかの原因があるという考え方である。

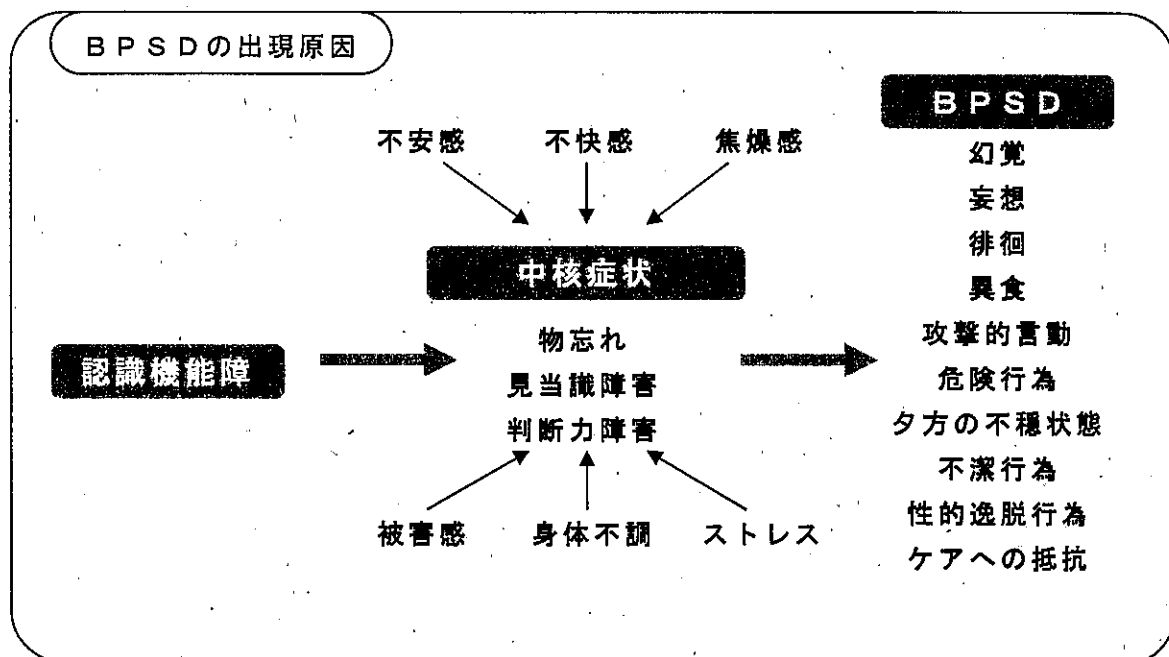
BPSDは、中核症状から引き起こされる二次障害である。物忘れや見当識障害などの中核症状が背景にあり、それに心理的要因や人間関係(主に介護者との関係)などの様々な要因が作用して出現する。中核症状と異なり、BPSDは出現する人としていない人がおり、認知症の人だれにも見られるわけではない。

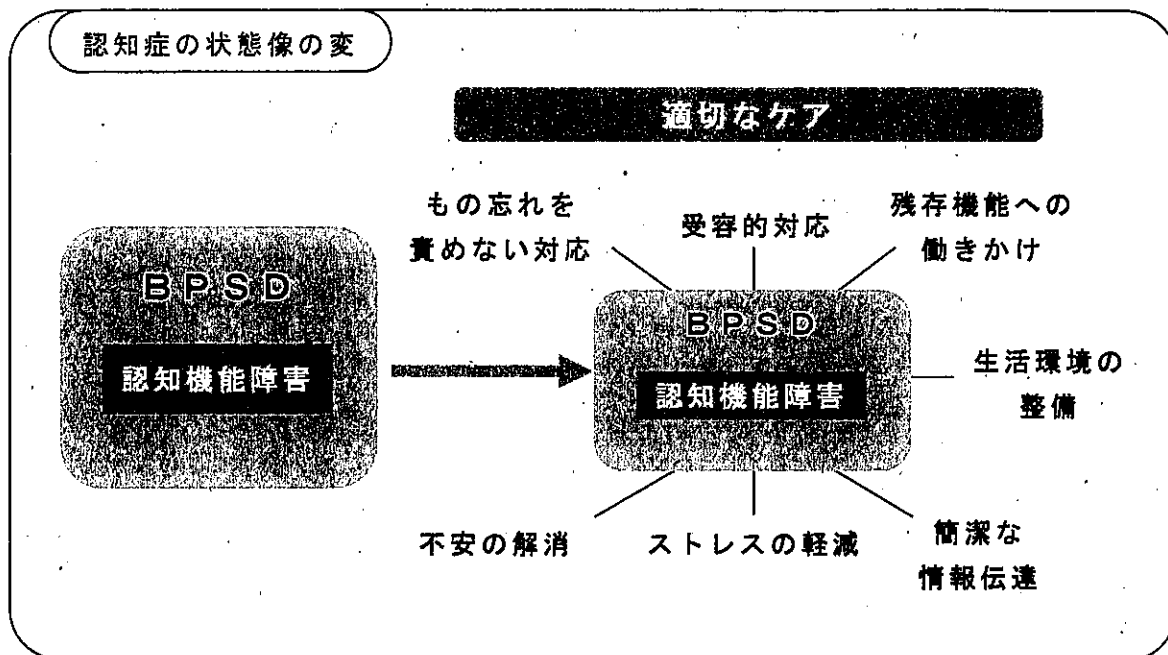
BPSDの症状としては、現実にはいない人や物が見える幻覚や、現実とは異なることを事実と思いこむ妄想、食べ物ではないものを口にする異食、自身の生命に危険が及ぶ危険行為、介護者のケアを拒否するケアへの抵抗などがある。

認知症の症状は、物忘れや見当識障害などの中核症状の改善は困難であるが、BPSDは認知症の人の身体的要因や心理的要因、さらには住環境や地域環境、介護者を含む人的環境といった生活環境要因などが作用して出現するため、適切なケアを行うことによって予防・改善することが可能である。

適切なケアが行われている場合、認知症そのものが改善したようにみえることがあるが、認知症の中核症状である認知機能障害が改善したわけではない。中核症状から派生するBPSDが、適切なケアによって改善されたためである。

BPSD改善のためには本人へのケアだけでなく、家族が適切なケアができるよう支援するとともに、関係者もまた、自分が環境の一部であることを常に意識することが大切である。





## 1. 中核症状

認知症に必ず見られる症状で、脳の神経細胞が壊れ事が原因で起こり、知的能力の全般的に低下する。

### ア. 記憶障害

もの忘れがあったり新しいことが覚えられないといった記憶力の障害で、以前の自分の記憶を再生できないことがある。「近時記憶の障害」といい、古いことは覚えているが、最近のことは忘れてしまう。病気が進行すれば古いことも忘れていく。

### イ. 見当識障害

時間、場所、自分自身や周囲の人など自分が置かれている状況を正しく認識することが、見当識が障害されると「いまがいつなのか」「ここはどこなのか」「自分は誰なのか」といったことがわからなくなってくる。まず、時間に関する見当識（今日は何月何日か）が障害され、次いで場所に関する見当識（いまいる場所はどこか）、進行してくると人物に関する見当識（目の前にいる人は誰か）が障害される。

### ウ. 失語

言語を操る能力が低下するために、うまくしゃべれなくなったり、相手の言っていることを理解できなくなったりする。

### エ. 失行

目的に応じた動作を思いめぐらすことができなくなるために、服が着られなくなるなど、それまで難なくできていた簡単な動作ができなくなる。

### オ. 失認

見えている対象物を認識できなくなる状態で、例えば、リンゴを見ただけではそれが何であるかがわからず、触ったり匂いをかぐことで認識できる。

## カ. 実行機能障害

ものごとを論理的に考えたり、順序立てて考え、状況を把握して行動に移す思考・判断力が低下する。例えば、電話をかける、買い物をする、料理をつくる、掃除をする、洗濯をする、などの行為は単純な作業のようにみえるが、いくつかの単純行動を順序立てて実行する高度な知的機能を必要とすることから、実行機能が低下しているとこれらの高度かつ複合的な行動ができなくなる。

## 2. 周辺症状 (BPSD)

精神症状や異常行動 (BPSD) は、周囲を巻き込んださまざまなトラブルを引き起こし、認知機能障害以上に本人だけでなく家族や介護者を悩ます問題症状となる。

必ずしも認知機能障害や知的機能の低下に先んじて現れるわけではなく、また、レビー小体病や前頭側頭型認知症などのように精神症状と異常行動が中心的な症状として現れる認知症もある。

### (1) 精神症状

#### ア. 人格変化

本来の性格傾向が認知症によって、より強固なものへと変化し、もともと頑固な人がより頑固になったり、短気な人がさらに短気になるなど病前性格が尖鋭化するために周囲の人には人柄、人格が変わったように感じる。また、認知症のタイプによっては、もともと穏やかであった人が攻撃的になったりと、元来の性格とはまったく正反対の性格が現れることもある。

#### イ. 不安・焦燥・興奮／抑うつ

認知症によって生じる不自由さから、漠然とした不安やこんなはずではないという焦燥や興奮がみられる。不安・焦燥・興奮が高じると、攻撃的行動や病的号泣を伴ったり、逆に依存的な傾向が強まって常に家族のあとをついて回るといった行動が現れることがある。

また、抑うつ症状も頻繁にみられ、不眠、胃腸障害、食欲不振などの身体症状となって現れることがある。感情の動きが失われる無感情がみられることもある。

#### ウ. 幻覚・妄想

妄想では、被害妄想が多くなかでも自分のものを盗られたと言い張る「もの盗られ妄想」がよくみられる。配偶者が浮気をしていると思いつく「嫉妬妄想」、人が自分をだましていると誤解する「不実妄想」などもある。また、親しい人が他人と入れ替わっていると思いつく妄想やテレビの中の人物が実際にいると確信する「妄想的誤認」などがある。

幻覚では、幻視がほとんどで、誰もいないのに「誰かがいる」と訴えるなど通常は不安を伴っている。幻聴はあまり多くない。

#### エ. せん妄

せん妄とは、身体疾患などが原因で引き起こされる軽い意識障害で、意

識がぼんやりとした状態で動き回ったり、錯覚、幻覚、妄想、興奮などが加わった状態をいう。このほかに他人のことばに影響されやすく、時間や場所がわからなくなり、相手が誰なのかを間違ったり、状況の認識が混乱したりといった認知症ときわめて似通った症状が現れる。認知症の人にもせん妄が伴うことがあり、症状が認知症によるものなのか、せん妄によるものなのか、なかなか判別がつきにくい。しかし、せん妄は急性の精神症状であるため、もともとの原因である身体疾患がよくなれば2~3日で回復するのが通常である。意識障害、精神興奮が急激である場合には、せん妄が疑われる。

#### オ. 睡眠障害

認知症の睡眠障害では、通常の入眠困難や早朝覚醒などもあるが、特に、睡眠-覚醒パターンが断片的となり、日中はウトウトするのに夜になると頭がさえて眠れなくなるという概日リズム（サーカディアンリズム）の乱れが起こる。特に、認知症が進行して「今日は何月何日か」がわからなくなる（日時の見当識障害）と、暗くなっても夜だと認知できなくなり、昼夜の逆転が起こったり、昼夜別なく寝たり起きたりを繰り返すようになる。

### (2) 行動異常

#### ア. 徘徊

見当識や記憶障害のために、散歩中や目的地を目指して歩いているときに正しい場所の認知や判断ができなくなり歩き続けるのが認知症による徘徊である。認知症が進んでくると徘徊が頻繁に現れてくる。徘徊は、それを促す原因から次の4つのパターンに分類されている。

- ① 誤認パターン（見当識障害のためにいまどこにいたかがわからなくなり徘徊する）
  - ② 焦燥パターン（いますぐ出かけなければと思い込み、焦って外出して徘徊につながる）
  - ③ 意識変容パターン（せん妄のために生じる軽い意識障害が原因で徘徊する）
  - ④ 無目的常同パターン（特に目的があるよう見えず、ただ漠然と徘徊する）
- 認知症が進行するにつれて徘徊は誤認パターンから焦燥パターンへと進み、さらに徘徊の最終段階ともいえる無目的常同パターンに至る。

#### イ. 攻撃的行動

不安・焦燥・興奮と表裏をなすのが攻撃的行動である。攻撃的行動には、大声で叫ぶ、ののしる、かんしゃくを起こすなどの暴言（言語的攻撃性）と叩く、ひっかく、蹴るなどの暴力（身体的攻撃性）がある。また、攻撃的行動が自分に向けられると、自分の髪をひっぱる、傷つけるなどの自傷行為もみられる。

#### ウ. 失禁・不潔行為

不適切な場所での排尿を「尿失禁」、排便を「便失禁」と言うが、これら

の失禁は認知症が進んだ段階で現れてくる。見当識障害や空間失認（空間の配置を正しく理解できない症状）のためにトイレの位置がわからなくなったり、トイレに辿りつけても失行（運動障害はなく手や足が動くのにまとまった動作や行為が出来ないこと）のためにトイレのドアを開けられない、あるいは衣類をうまく脱げないといったことが失禁の原因となる。

また、排泄物をいじったりする不潔行為もみられることもあるが、これは失禁行為に対する羞恥心から排泄物をどこかに隠すといったものから、排泄物が不潔であると認識できないためにいじってしまうものまでである。

#### エ. 異食・過食

食べ物でないものを口に入れてしまうことを異食というが、認知症では食べ物とそうでないものを判別できなくなるために異食がみられることがある。また、食べ物をいくら食べても満腹感が得られずに過食することもよくみられる。これは食事をした記憶が欠落するために起こるほかに、食欲中枢が障害されているために起こる場合もある。

## 1-5 鑑別診断、認知症診断方法について

### 1. 鑑別診断

認知症に似た症状を示す疾患との鑑別診断が重要である。

認知症ときわめて似たような症状を呈する主な疾患として、うつ病仮性認知症とせん妄がある。

#### (1) うつ病性仮性認知症

うつ病と認知症とでは病気の本質はまったく異なるが、ときにうつ病が認知症に似た症状を示すことから両者は混同されやすく、鑑別が困難なことが少なくない。うつ病では、意欲が著しく低下するために注意力や記憶力が弱まり、このことが一見、認知症のようにみえることがある。うつ病性仮性認知症の人は、「頭が働かない、もの忘れがひどい」と過大に訴え、認知機能テストでも「わかりません」を繰り返す傾向があるために実際の臨床場面で両者を鑑別することが容易でない場合がある。

#### (2) せん妄

せん妄とは、身体疾患などが原因で引き起こされる軽い意識障害で、意識がぼんやりとした状態で動き回ったり、錯覚、幻覚、妄想、興奮などが加わった状態をいう。高齢者では、感染症や循環器障害、あるいは薬剤によってせん妄が引き起こされることが多く、認知症との鑑別診断が困難である。

せん妄による意識混濁のため、注意力の低下、最近の出来事についての記憶障害、時間と場所の見当識障害などのほか、会話はとりとめもなく、行動もまとまらないといった症状がみられるため、認知症と混同されやすい。さらに、認知症の人にせん妄が起こることも少なくなく、その場合はさらに鑑別が難しくなる。



## 2. 認知症診断方法

認知症の診断は、まず、第一に認知症か否かの診断から始まり、次に原因疾患の診断へと進んでいく。診断は、利用者の状態に加え、家族や介護者からの情報などから総合的になされる。多くの場合、介護している家族が認知症の疑いをもって患者を連れて来る。

この場合、一緒に暮らしていくうえで、認知症のために普通の忘れっぽさの限度を超えて、毎日の生活に支障をきたしていることによるため、認知症診断はそれほど難しくはないともいえる。診断にあたっての特徴は、本人の「もの忘れ」についての自覚と、家族側からみた状態との間に著しいギャップがあることである。

例えば、当事者は「もの忘れはもちろんありますよ。しかし、これぐらいは年のせいですよ」と言っているのに対して、家族はほとんど困り果てて深刻な様子といった具合である。臨床の現場では、診断の効率化と客観化を図るため、一定の設問項目から構成される評価スケールが用いられている。

認知症診断の流れは、次図のとおりである。

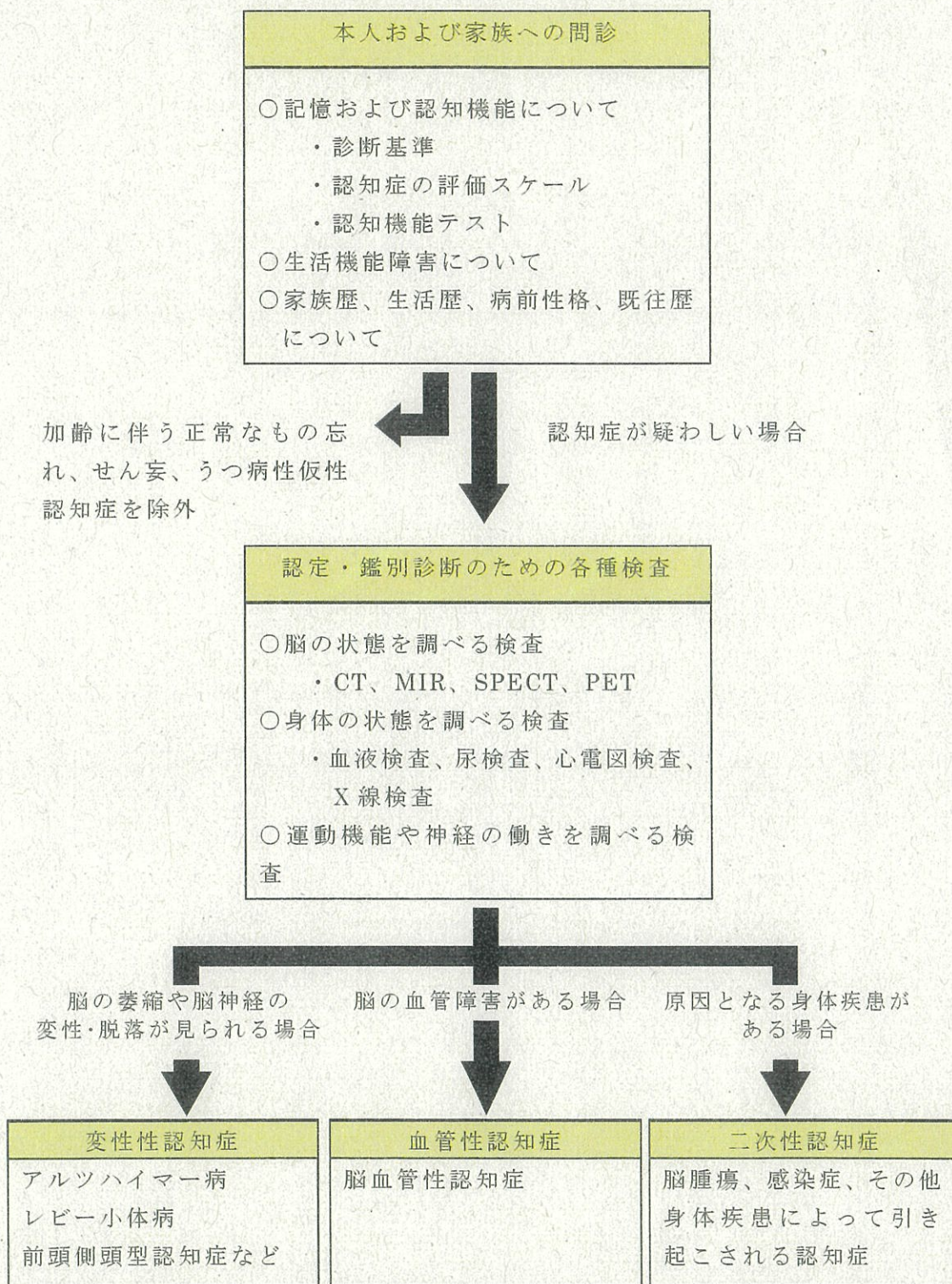


図 認知症の診断フローチャート

(1) 長谷川式認知症スケール (HDS-R)

長谷川式認知症スケール (HDS-R) は、認知症か否かを診断する簡易な尺度として、日本で広く用いられている。

従来、長谷川式簡易知能評価スケールといわれていたが、2004年(平成16)年4月、痴呆から認知症へと改称されたことから、長谷川式認知症スケールと改称された。

HDS-Rは、表に示すように九つの設問から構成されている。正しい答えが得られたときには1点、誤答やできなかつたときには0点。得点を加算して、評価点とする。(満点は30点) 20点以下の場合には、認知症の疑いを持つこととなる。

表 長谷川式認知症スケール (HDS-R)

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3.	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的にであれば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を言ってみて下さい。あとでまた聞きますのでよく覚えておいて下さい。 (以下の系列のいずれか1つで採用した系列に○印をつけておく) 1 : a)桜 b)猫 c)電車 2 : a)梅 b)犬 c)自動車	0 1	
		0 1	
5.	100から7を順番に引いて下さい。 (100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。 最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	(93) 0 1	
		(86) 0 1	
6.	私がこれから言う数字を逆から言って下さい (6-8-2、3-5-2-9) (3桁逆唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6 0 1	
		9-2-5-3 0 1	
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物	a:0 1 2 b:0 1 2 c:0 1 2	
8.	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言って下さい。 (時計、鍵、たばこ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前を出来るだけ多く 言って下さい。 答えた野菜の名前を右欄に記入する。 途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、 8個=3点、9個=4点、10個=5点	0 1 2	
		3 4 5	

出典：加藤伸司・下垣光・小野寺敦志ほか「改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成」『老年精神医学雑誌』第2巻第11号、1339～1347頁、1991年

実施に当たっては十分な説明をして、利用者から了解をとることが大切である。例えば「簡単な記憶テストのようなものですが、診断や治療のうえで参考にさ

せていただくために必要なので、ぜひお願いします」と伝える。各設問の実施方法を表に示す。

表 長谷川式認知症スケール実施に当たっての注意と判定方法

1	満年齢が正確に言えれば1点を与える。
2	年・月・日・曜日、それぞれの正答に対して各1点を与える。
3	被験者が自発的に答えられれば2点を与える。現在いる場所がどのような場所なのか答えられればよい。正答がでなかった場合、「ここは病院ですか？家ですか？それとも施設ですか？」とヒントを与える。正しく選択できれば1点を与える。
4	3つの言葉を言い終わってから復唱してもらい、1つの言葉に対して各1点を与える。もし正解が出ない場合、正答の数を採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらう。
5	100から順に7を引かせる問題。「93から7引くと？」というように、検査者が最初の引き算の答えを繰り返して言うてはならない。各正答に対して1点与えるが、最初の引き算の答えが誤りであった場合にはそこで中止し、次の問題に進む。
6	数字はゆっくり間隔を置いて提示し、言い終わったところで逆から言うてもらう。正解に対して各1点を与えるが、3桁の逆唱に失敗した場合には中止し、次の問題に進む。
7	3つの言葉の中で自発的に答えられたものに対しては各2点を与える。答えられない言葉があった場合には、少し間隔をおいてからヒントを与え、正解が言えれば1点を与える。ヒントは被験者の反応を見ながら1つずつ提示する。
8	あらかじめ用意した相互に無関係な5つの物品を1つずつ名前を言いながら並べて見せ、次にそれらを隠して「いまここに何がありましたか？」と訪ねる。各正答に対してそれぞれ1点を与える。
9	「知っている野菜の名前を出るだけたくさん言うてみて下さい」と教示する。途中で言葉に詰まり、約10秒程度待っても次の野菜の名前が出てこない場合には、そこで打ち切る。採点は5個までは0点であり、以後6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点となる。

出典：長谷川和夫「長谷川式認知症スケールについて、認知症のこれまでとこれから」永井書店、47頁、2006年

認知症の重症度は、ライスバーグ (Reisberg, B.) の基準を参考にして、軽度、中等度、高度、非常に高度の4段階に分けることができる。これら重症度別に、それぞれの多数例を集めて、長谷川式スケールの平均得点を調べてみると、『正常』な人の平均得点は24.3点、『軽度』の人は19.1点、『中等度』の人は15.4点、『高度』の人は10.7点、『非常に高度』の人は4点になった(図)。

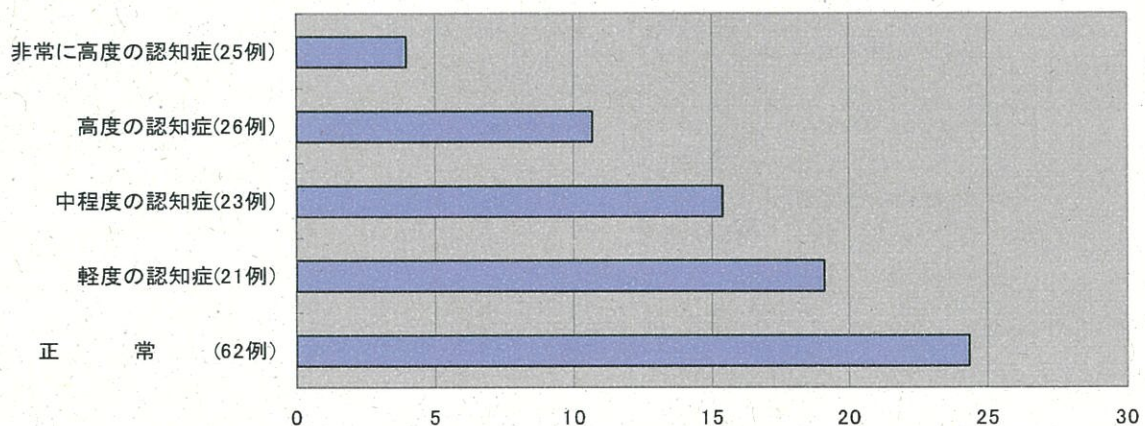


図 長谷川式認知症スケールの認知症重症度別の得点

出典：加藤伸司・下垣光・小野寺敦史ほか、「改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成」『老年精神医学雑誌』第2巻第11号 1339~1347頁 1991年

この調査結果をみるかぎり、10点以下になったらまず高度の認知症と判断してよいが、このような平均得点は一つの参考にはなるが、その点数だけで重症度を定めることはできない。

6本スケールはあくまでも簡易スクリーニング検査であり、これだけで認知症の診断を下したり、認知症の重症度を評価することは難しい。

例えば、風邪やうつ状態等心身の不調や、検査に対する被験者からの協力の度合いによっては、実状よりも低く評価される。逆に、高学歴や高い精神機能が必要とされる職業歴をもつ人は、認知症になっても高得点を示すことがある。

## (2) ミニメンタルステート検査 (MMSE)

長谷式認知症スケールと並んで、国際的にも広く使われているものに、アメリカのフォルスタイン博士が開発したミニメンタルテスト (MMSE)がある。MMSEは、長谷川式スケールと同じような日付や計算など 11項目から構成され、満点は30点である。24点以下は認知症の疑いとしている (表)。

表 ミニメンタルステート検査 (MMSE)

	質問内容	回答	得点
1.5点	今年は何年ですか?	年	
	今の季節はなにですか?	曜日	
	今日は何曜日ですか?	月	
	今日は何月何日ですか?	日	
2.5点	ここは、何県ですか?	県	
	ここは、何市ですか?	市	
	ここは、何病院ですか?	病院	
	ここは、何階ですか?	階	
	ここは、何地方ですか? (例: 関東地方)		
3.3点	物品名を3個 (相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う。 その後、被験者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。-3個すべて言うまでくり返す (6回まで) 何回くり返したかを記せ 回		
4.5点	100から順に7を引く (5回まで) あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる		
5.3点	3で提示した物品名を再度復唱させる。		
6.2点	(時計を見せながら)これはなんですか? (鉛筆を見せながら)これはなんですか?		
7.1点	次の文章を繰り返す 「みんなで力を合わせて綱を引きます」		
8.3点	(3段の命令) 「右手にこの紙を持って下さい」 「それを半分に折りたたんで下さい」 「机の上に置いて下さい」		
9.1点	(次の文章を読んで、その指示に従って下さい。) 「目を閉じなさい」		
10.1点	(何か文章を書いて下さい)		
11.1点	(次の図形を書いて下さい)		
		得点合計	

出典：柄澤昭秀「新老人のぼけの臨床」医学書院 90頁 1999年

### 3. 認知症の重症度の評価

認知症の重症度を評価する場合に、本人の日常生活にみられる行動の観察に基づいて行う方法がある。これは、本人に直接負担をかけずに、認知症による障害の程度を評価するという利点がある。

聴覚や視覚等の知覚障害、テストに協力できない状態などでも評価できる。ただし、評価者自身が本人の生活状態をよく知っていることは少なく、多くは同居している家族や介護している人から情報を得ることになるので、情報の提供者がどれだけ十分に本人の状態を知っているかが大切な鍵になる。いくつかの判定基準を次に示す。

#### (1) 高齢者の知能障害の判定基準

高齢者の認知機能の低下を、日常生活にみられる言動や態度、作業遂行能力等から判定する。表に示すように、評価は「日常生活能力」「日常会話・意思疎通」「具体的例示」を参考にして、軽度(+1)から最高度(+4)までの4段階で評価される。

具体的に例示されている項目について、そのような行動が1回でもあったらただちにそれが重みをもつ評価になるのではなく、偶発的なことも考慮してしばしば起こる、持続的に起こる場合に異常として採用する等、ケースごとの評価が大切である。

表 高齢者の知能障害の臨床的評価基準

程度	日常生活能力	日常会話・意思疎通	具体的例示
軽度 (+1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 通常の家庭内での行動はほぼ自立</li> <li>● 日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ほぼ普通</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 社会的な出来事への興味や関心が乏しい</li> <li>● 話題が乏しく、限られている。</li> <li>● 同じ事を繰り返し話す、尋ねる。</li> <li>● 今までできた作業(事務、家事、買い物など)にミスまたは能力低下が目立つ</li> </ul>
中等度 (+2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 知能低下のため、日常生活が一人ではちよっとおぼつかない</li> <li>● 助言や介助が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 簡単な日常会話はどうか可能</li> <li>● 意思疎通は可能だが不十分、時間がかかる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 慣れない状況で場所を間違え、道に迷う。</li> <li>● 同じ物を何回も買い込む</li> <li>● 金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要</li> </ul>
高度 (+3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 日常生活が一人ではとても無理</li> <li>● 日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 簡単な日常会話すらおぼつかない</li> <li>● 意思疎通が乏しく困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 慣れた状況でも場所を間違え、道に迷う</li> <li>● さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる</li> </ul>
最高度 (+4)	同上	同上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分の名前や出生地すら忘れる</li> <li>● 身近な家族と他人の区別もつかない</li> </ul>

● 判定結果(該当するところに○印) - 土 +1 +2 +3 +4

判定基準(原則として程度は重い方を重視する)

出典：大塚俊男・本間昭編著「高齢者のための知的機能検査の手引き」ワイルドプランニング 56頁 1991年

(2) 臨床認知症評価尺度 (Clinical Dementia Rating ; CDR)

CDR は、ヒュージ (Hughes, C.P.) らによって作成された、認知症の本人における行動観察評価法である。表に示すように、健康 (CDR : 0)、認知症の疑い (CDR : 0.5)、軽度 (CDR : 1)、中等度 (CDR : 2)、重度 (CDR : 3) の5段階に分けられる。

記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家庭状況および趣味、そして介護状況の6項目にわたって、該当する段階を評価する。判定は6項目の段階を総合して認知症の程度を評価するが、6項目すべてが同じレベルに評価されない場合がある。そのときには、記憶の項目に重点をおいて評価する。現在、国際的に最もよく用いられている評価法である。

表 CDR(clinical dementia rating)

	健康 CDR0	認知症の疑い CDR0.5	軽度認知症 CDR1	中等度認知症 CDR2	重度認知症 CDR3
記憶	記憶障害無し時に若干の物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い出す 良性健忘	中等度記憶障害、特に最近の出来事に対するもの日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習した記憶は保持 新しいものはすぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残存
見当識	見当識障害無し		時間に対しての障害あり検査では場所、人物の失見当なし、しかし時に地理的失見当あり	常時時間の失見当 時に場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と問題解決	適切な判断力 問題解決	問題解決能力の障害が疑われる	複雑な問題解決に関する中等度の障害 社会的判断力は保持	重度の問題解決能力の障害 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ビジネス、金銭の取り扱い、ボランティアや社会的グループで、普通の自立した機能		左記の活動の軽度の障害もしくはその疑い	左記の活動の軽度に関わっていても、自立した機能が果たせない。	家庭外(一般社会)では独立した機能は果たせない
家庭状況及び趣味	家での生活、趣味知的関心が保持されている	同左、もしくは若干の障害	軽度の家庭生活の障害 複雑な家事は障害 高度の趣味、関心の喪失	単純な家事のみ、限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケアは完全		時々激励が必要	着衣、衛生管理など身の回りのことに介助が必要	日常生活に十分な介護を要する しばしば失禁

出典 : Hughes, C.P. et. al 'A new clinical scale for the staging of dementia'  
140. pp. 566-572, 1982

(3) FAST (Functional Assessment Staging)

FAST は、ライスバーグらがアルツハイマー型認知症の病状ステージを、生活機能の面から分類した観察式の評価尺度である。FASTでは、「認知機能の障害な

し」から「非常に軽度」「軽度」「中等度」「やや高度」「高度」「非常に高度」まで7段階に分類している。

軽度の段階では、物の置き忘れや言葉が出てこない、煩雑な仕事の失敗などはみられるが、基本的な生活行為は可能である。見守りや簡単な手助けが必要な段階である。

少し病気が進行して中等度になると、家事や入浴などの日常生活動作とともに、金銭管理や買い物など社会生活にも支障をきたすようになるため、部分的な支援が必要となる。さらに高度になると、重度の認知機能障害に加えて身体機能も低下し、歩行、座位も自力では困難となる。最後は表情も失われ、昏迷・昏睡状態となり、全面的な支援を要するようになる。次表は、FASTの進行ステージで、アルツハイマー型認知症の経過をわかりやすく表したものである(表)。

表 FAST (Functional Assessment staging)

ステージ	臨床診断	特徴	臨床例
① 認知機能の障害なし	正常	・主観的にも客観的にも機能低下を認めない。	・5～10年前と比較してもほとんど変化を認めない。
② 非常に軽度の認知機能低下	年齢相応	・ちょっとした物忘れ ・喚語困難	・名前や約束を忘れる事がある。 ・社会生活には適応
③ 軽度の認知機能低下	境界状態	・慣れた仕事であっても熟練を要するものでは障害を認める。 ・新しい場所に旅行に行くことは困難。	・重要な約束を忘れてしまう。 ・複雑な仕事などで支障をきたす場合はあるが日常生活に問題はない。 ・初めての土地へ旅に行くなど、非日常的な行動に困難を示す。
④ 中等度の認知機能低下	軽度のアルツハイマー型認知症	・日常生活には支障は無いが、買い物や預貯金の取り扱いなど社会生活に困難を示す。	・摂食、入浴などの日常生活には介助を要しない ・必要な物を買ってくるができない ・家賃の支払いが滞る
⑤ やや高度の認知機能低下	中等度のアルツハイマー型認知症	・気温や着替えや入浴などの日常生活において不適切な行動を認める	・季節にあった衣服を選ぶことが出来ない ・車を適切かつ安全に運転することが出来ない ・突然大声を上げるなど、感情障害や多動を認める。 ・睡眠障害により夜中に起き出す。
⑥ 高度の認知機能低下	やや高度のアルツハイマー型認知症	・日常生活における自立機能の低下	・衣服の着脱や入浴に介助を要する ・トイレの水を流し忘れる事から始まり、尿失禁・便失禁が認められるようになる。
⑦ 非常に高度の認知機能の低下	高度のアルツハイマー型認知症	・重度の認知機能に加え身体機能の低下 ・笑顔の消失 ・意識障害	・最大6語に限定された発話機能 ・歩行や着座の力の喪失 ・表情が失われ刺激に対しては眼球を動かすのみ ・昏迷および昏睡

出典: Reisberg, B Ferris, SH. Anand, R. de Leon, M, J. et al. 'Functional staging of dementia of the Alzheimer type' Annals of the New York Academy of Sciences 435 pp 481, 483 1984



(4) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

厚生労働省も、認知症の日常生活自立度判定基準として下表を提案している。

これは、高齢者の認知症の程度とそれによる日常生活の自立度を客観的に把握するため、ひろく医療福祉現場で使用されている指標である。

特に、介護保険制度の要介護認定では、認定調査や主治医意見書の中で「障害老人の日常生活自立度」と併せてこの指標が用いられ、コンピュータによる一次判定の結果に反映されるような仕組みとなっており、近年特に重要視されるようになってきている。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等。	
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応答など一人で留守番ができない等。	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
III a	日中を中心として、上記IIIの状態が見られる。	着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III b	夜間を中心として、上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるが、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
M	著しい精神症状や問題行動或いは重篤な身体疾患（意思疎通が全くできない寝たきり状態）が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や、精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

※ 認知症のための判定基準であるが、そのランクの基準が行動や意思疎通を主にしているため、意思疎通が困難なため認知症の判断がつかない、或いは精神症状に起因する問題行動がない等の全くの寝たきり状態（経管栄養だとか喀痰吸引が必要な方など）の人については「M」とランク付けする。

## 第2節 認知症高齢者の実態

### 2-1 全国の認知症高齢者の実態

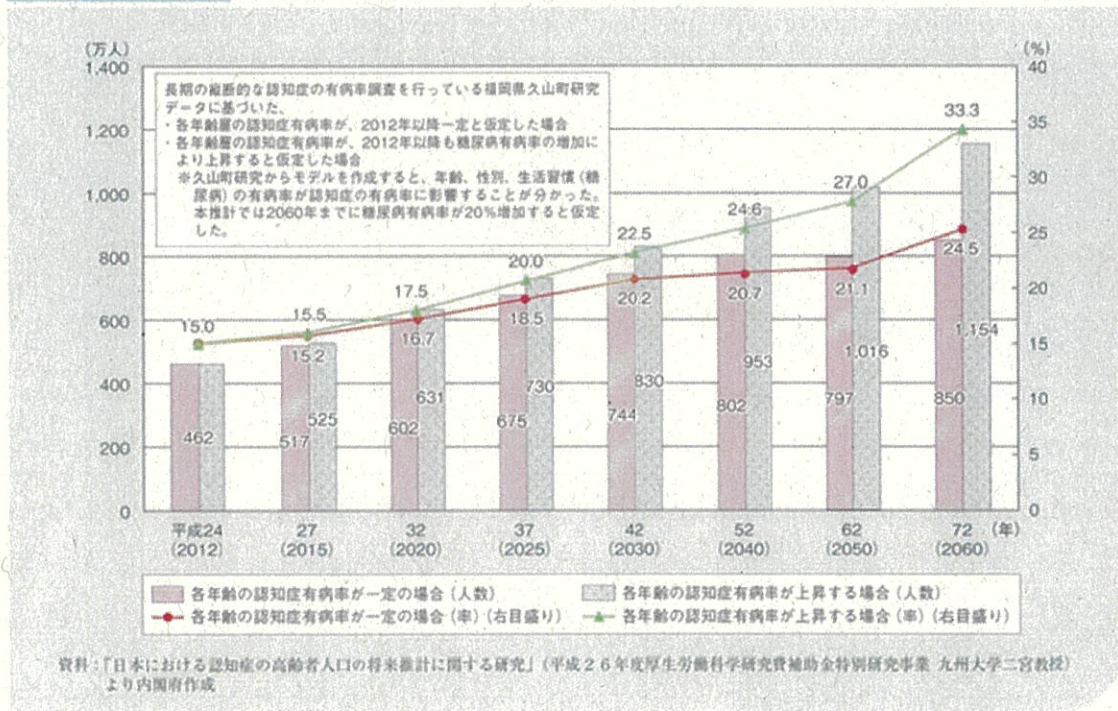
資料：認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査－早期対応を中心として－ 結果報告書（令和2年5月、総務省行政評価局）

資料：平成29年度高齢者白書

我が国の認知症の人の数は、2012年（平成24年）時点で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されており、正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群といわれている。

また、認知症の人の数は高齢化の進展に伴い更に増加すると見込まれており、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年（令和7年）には認知症の人の数は約700万人になり、65歳以上高齢者におけるその割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇すると推計されている。

図1-2-3-2 65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率



出典：平成29年度高齢者白書

## 2-2 神戸市の認知症高齢者の実態

資料：「認知症診断助成制度の実施状況」（神戸市）

資料：「令和3年度 認知症に関する施策の実施状況」神戸市

### 1. 神戸市の認知症高齢者の実態

#### (1) 神戸市における高齢者数と認知症推計

神戸市の65歳以上の高齢者は434,000人で、独り住まい高齢者は153,677人、その内認知症患者が23,000人と推定される。

※15%（認知症の全国有病率推計値（2015年厚生労働者調べ））

表 神戸市における高齢者数と認知症推計

	全体	認知症
65歳以上の高齢者	434,000人	65,000人
<b>独り住まい高齢者</b>	<b>153,677人</b>	<b>23,000人</b>

資料：福祉局調べ（令和4年12月末）

#### (2) あんしんすこやかセンターにおける認知症に関する相談

あんしんすこやかセンターで受ける認知症に関する相談件数は以下のとおりである。年々増加傾向にある。

表 あんしんすこやかセンターで受ける認知症に関する相談件数

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
対応実績件数	19,223	22,121	22,190	22,827
実人数	8,807	9,401	9,421	10,225
うち新規人数	4,674	4,743	5,129	5,818

資料：福祉局調べ（令和4年12月末）

## 2. 認知症診断助成制度の実施状況（令和4年6月末時点）

### (1) 認知機能検診（第1段階）

受診者数 46,827人（令和4年6月末まで）

※精査済みの46,464人の結果内訳（令和4年5月末まで）

・疑い有り 12,186人（26.2%）

・疑い無し 34,278人（73.8%）

#### 【受診券一斉送付】

・令和元年度、75歳以上の方（220,236人）に受診券を発送。

・令和2年度、75歳に到達する方（13,797人）に受診券を発送。

- ・令和3年度、75歳・80歳・85歳に到達する方(44,949人)に受診券を発送。
- ・令和4年度、75歳・80歳・85歳に到達する方(約50,000人)に受診券を発送予定。

【男女別受診者数】 (単位：人)

	受診者	65歳以上(全市)
男性	19,080(41.1%)	184,929(42.6%)
女性	27,384(58.9%)	249,176(57.4%)
計	46,464	434,105

【居住区別受診者数】 (単位：人)

	受診者	65歳以上(全市)
東灘	5,819(12.5%)	53,016(12.2%)
灘	3,747(8.1%)	33,974(7.8%)
中央	3,484(7.5%)	32,771(7.5%)
兵庫	3,238(7.0%)	30,685(7.1%)
北	6,820(14.7%)	67,091(15.5%)
長田	3,668(7.9%)	32,042(7.4%)
須磨	5,511(11.9%)	51,896(12.0%)
垂水	7,564(16.2%)	65,461(15.1%)
西	6,613(14.2%)	67,169(15.4%)
計	46,464	434,105

(2) 認知機能精密検査(第2段階)

受診者数 10,453人(令和4年6月末まで)

※精査済みの10,256人の結果内訳(令和4年5月末まで)

・認知症 5,906人(57.6%)

→第1段階受信者数に対する割合 12.6%

・軽度認知障害(MCI) 2,824人(27.5%)

→第1段階受信者数に対する割合 6.0%

・認知症でない 1,526人(14.9%)

→認知症及び軽度認知障害の合計数の第1段階受信者数に対する割合 18.6%

(参考) 令和2年7月までの状況

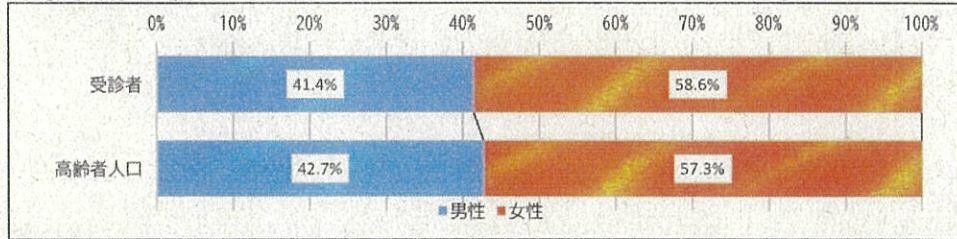
■認知機能検診(第1段階)

(1) 受診者の属性

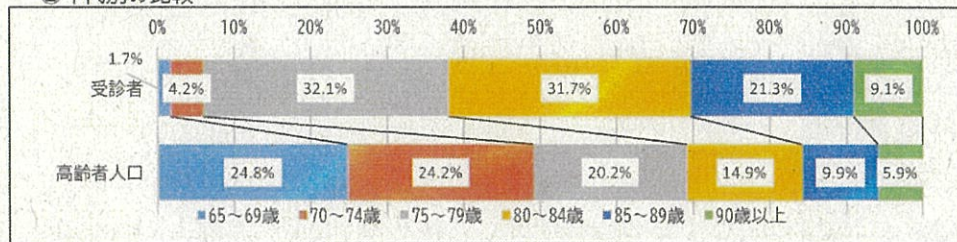
	受診者			高齢者人口
	全体	男性	女性	
総数	27,468	11,379	16,089	427,945
年代別				
65~69歳	472	224	248	106,318
70~74歳	1,150	454	696	103,563
75~79歳	8,814	4,032	4,782	86,455
80~84歳	8,694	3,587	5,107	63,923
85~89歳	5,843	2,233	3,610	42,421
90歳以上	2,495	849	1,646	25,276
(再掲) 前期高齢者	1,622	678	944	209,881
(再掲) 後期高齢者	25,846	10,701	15,145	218,075
居住区別				
東灘区	3,532	1,416	2,116	51,729
灘区	2,286	840	1,446	34,098
中央区	2,089	768	1,321	32,479
兵庫区	1,969	743	1,226	31,418
北区	3,890	1,784	2,106	65,661
長田区	2,198	792	1,406	32,706
須磨区	3,135	1,358	1,777	51,368
垂水区	4,425	1,882	2,543	65,217
西区	3,944	1,796	2,148	63,280

【全市高齢者人口との比較】

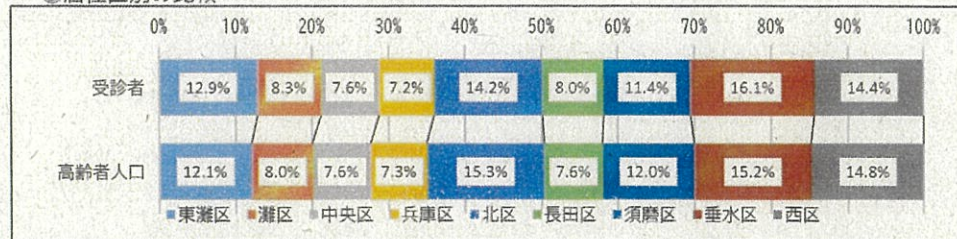
①男女別の比較



②年代別の比較



③居住区別の比較

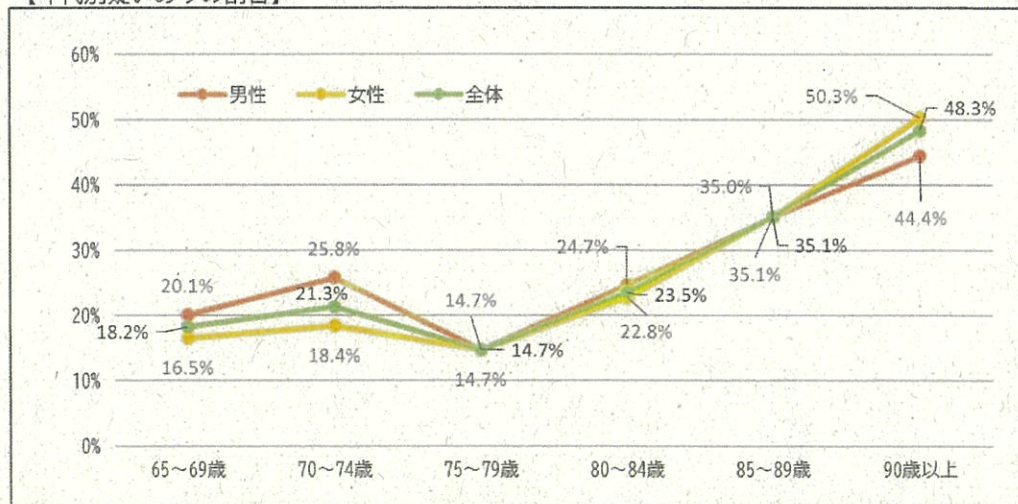


出典：神戸市資料

(2) 検診の結果

	全体	疑いあり		疑いなし	
総数	27,468	6,928	25.2%	20,540	74.8%
65～69歳	472	86	18.2%	386	81.8%
70～74歳	1,150	245	21.3%	905	78.7%
75～79歳	8,814	1,296	14.7%	7,518	85.3%
80～84歳	8,694	2,047	23.5%	6,647	76.5%
85～89歳	5,843	2,049	35.1%	3,794	64.9%
90歳以上	2,495	1,205	48.3%	1,290	51.7%
(再掲) 前期高齢者	1,622	331	20.4%	1,291	79.6%
後期高齢者	25,846	6,597	25.5%	19,249	74.5%
男性	11,379	2,799	24.6%	8,580	75.4%
65～69歳	224	45	20.1%	179	79.9%
70～74歳	454	117	25.8%	337	74.2%
75～79歳	4,032	593	14.7%	3,439	85.3%
80～84歳	3,587	885	24.7%	2,702	75.3%
85～89歳	2,233	782	35.0%	1,451	65.0%
90歳以上	849	377	44.4%	472	55.6%
(再掲) 前期高齢者	678	162	23.9%	516	76.1%
後期高齢者	10,701	2,637	24.6%	8,064	75.4%
女性	16,089	4,129	25.7%	11,960	74.3%
65～69歳	248	41	16.5%	207	83.5%
70～74歳	696	128	18.4%	568	81.6%
75～79歳	4,782	703	14.7%	4,079	85.3%
80～84歳	5,107	1,162	22.8%	3,945	77.2%
85～89歳	3,610	1,267	35.1%	2,343	64.9%
90歳以上	1,646	828	50.3%	818	49.7%
(再掲) 前期高齢者	944	169	17.9%	775	82.1%
後期高齢者	15,145	3,960	26.1%	11,185	73.9%

【年代別疑いありの割合】

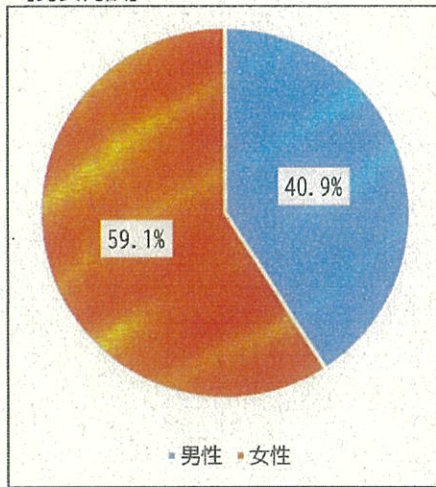


■認知機能精密検査（第2段階）

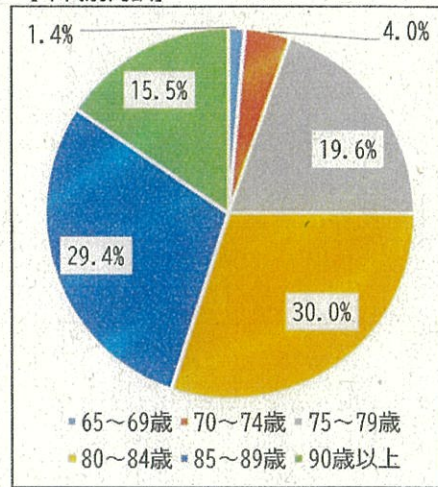
(1) 受診者の属性

	受診者			高齢者人口
	全体	男性	女性	
総数	4,947	2,023	2,924	427,945
年代別				
65～69歳	71	40	31	106,318
70～74歳	196	94	102	103,563
75～79歳	971	448	523	86,455
80～84歳	1,486	631	855	63,923
85～89歳	1,454	566	888	42,421
90歳以上	769	244	525	25,276
(前期) 前期高齢者	267	134	133	209,881
(後期) 後期高齢者	4,680	1,889	2,791	218,075

【男女内訳】



【年代別内訳】

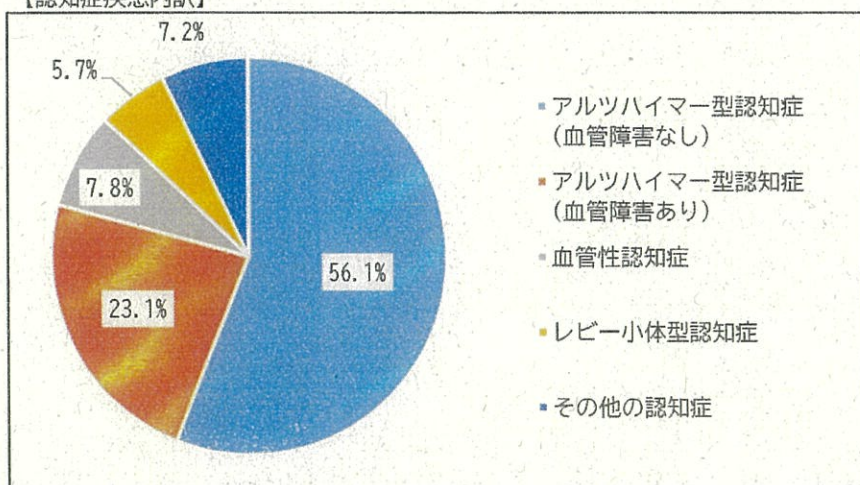




(2) 精密検査の結果

	全体	認知症	MCI(軽度認知障害)	認知症でない
総数	4,947	2,854	57.7%	1,312
65～69歳	71	36	50.7%	16
70～74歳	196	96	49.0%	59
75～79歳	971	465	47.9%	290
80～84歳	1,486	824	55.5%	440
85～89歳	1,454	902	62.0%	369
90歳以上	769	531	69.1%	138
(再掲) 前期高齢者	267	132	49.4%	75
後期高齢者	4,680	2,722	58.2%	1,237
男性	2,023	1,114	55.1%	568
65～69歳	40	23	57.5%	8
70～74歳	94	47	50.0%	26
75～79歳	448	201	44.9%	142
80～84歳	631	326	51.7%	203
85～89歳	566	349	61.7%	139
90歳以上	244	168	68.9%	50
(再掲) 前期高齢者	134	70	52.2%	34
後期高齢者	1,889	1,044	55.3%	534
女性	2,924	1,740	59.5%	744
65～69歳	31	13	41.9%	8
70～74歳	102	49	48.0%	33
75～79歳	523	264	50.5%	148
80～84歳	855	498	58.2%	237
85～89歳	888	553	62.3%	230
90歳以上	525	363	69.1%	88
(再掲) 前期高齢者	133	62	46.6%	41
後期高齢者	2,791	1,678	60.1%	703

【認知症疾患内訳】



## 第2章 認知症高齢者に関する制度等の整理

### 第1節 今までの国の方針や計画等

#### 1-1 介護保険以前の認知症対策

日本における介護保険以前の国の認知症ケア対策は、下表のような変遷をたどった。

表 介護保険以前の国の認知症対策

年	国の制度・事業
1978	老人短期入所事業（シートステイ）開始
1979	老人デイサービス事業開始
1984	痴呆性老人処遇技術研修事業の創立
1986	厚生省痴呆性老人対策推進本部の設置
1987	特別養護老人ホームに痴呆性老人加算創設
1988	老人性痴呆疾患治療病棟・老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の創設
1989	高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）の策定
1990	福祉八法改正 在宅介護支援センター創設
1991	老人保健施設に痴呆専門棟創設
1992	E型デイサービス制度化
1993	第1期市町村老人保健福祉計画策定開始
1994	痴呆性老人対策に関する検討会報告 新ゴールドプランの策定
1995	グループホームモデル事業開始
1996	既存施設活用型デイサービス
1997	介護保険法成立 グループホーム制度化（運営費）
1998	グループホーム整備費補助 特定非営利活動促進法（NPO法）成立
1999	グループホームサービス評価モデル事業 ゴールドプラン21の策定

1960年代、1970年代前半における国の対策のおもな対象は、「寝たきり老人」であったが、1970年代後半から少しずつではあるが、認知症対策が取り組まれる予兆が見られた。ただし、1970年代後半は精神医療の中での対策が主流であり、1980年代前半は精神保健の中での対策が主流であった。

対策の大きな変化は、1980年代後半から始まり、1986（昭和61）年、厚生省に「痴呆性老人対策推進本部」が設置され、翌1987（昭和62）年には認知症の人への対策として、特別養護老人ホームの措置費における「痴呆性老人加算」が創設された。通常よりも手厚い人員配置を認知症の人に対して行うための費用補填の性格を持つ

ており、施設福祉における認知症ケアの最初の具体的な対策といえる。

5年後の1992(平成4)年には、「E型デイサービス」が制度化され、自宅で生活する認知症の人に「小規模」「毎日型」ケアが導入される。これは、単なる費用面での加算から認知症の人のケアの特性に応じた対策といえ、この時点で大規模集団処遇とは異なる「小規模ケア」が登場する。この5年間には、老人痴呆疾患センター(1988(昭和63)年)、老人保健施設による痴呆専門棟(1991(平成3)年)の創設も図られている。

しかし、1990(平成2)年の福祉八法改正を受けた在宅重視の認知症の人への対策としては、E型デイサービスが重要となる。

さらに5年後の1997(平成9)年には、新たな認知症介護への移行を象徴するものとして「グループホーム」が制度化された。

グループホームという新しいケアの形態は、認知症の人への対策の検討が試みられるなかで机上にのぼり、1995(平成7)年、1996(平成8)年の2カ年にわたる調査・研究を受けて制度化されたもので、北欧のケアをモデルに少人数が共同生活を行うケアの形が誕生した。

認知症ケア対策におけるこのような歴史の背景に、「宅老所」と総称される認知症ケアの日本的な実践が、多様な形で展開されていた。宅老所は1980年代、施設や病院での介護に限界を感じていた介護・看護職や家族の会などが、理想の介護を目指して取り組んだ事から始まった。

当時、デイサービスやショートステイなど在宅サービスが制度化され始めていたものの、週に1回から2回と十分な日数が利用できるものではない上、多くの認知症の人は、手のかかる存在として敬遠されがちであった。そうした中で宅老所は、地域の民家を活用した小規模な民間デイサービスとして活動が始まった。宅老所の形態は様々で、毎日の通いを中心としたものから、泊まりや住まいを提供するもの、こどもや障害者にもサービスを提供するものまで、その地域や利用者のニーズにあわせたサービスが提供されていった。

こうした宅老所の取組みの影響もあり、E型デイサービスが制度化され、これらの実践を後押しする制度となった。また、宅老所の実践は、グループホームが制度化される際に取り組みされた調査・研究事業のモデル施設に選ばれており、当時のグループホームのモデルとなっている。

しかし、グループホームは宅老所のなかの「住まい」部分のみの制度化であったため、住まい以外にも通いや泊まりを提供していた実践の多くは、制度としてのグループホームを選択することをせず、デイサービスに自主事業での泊まりと住まいを組み合わせる形で小規模多機能ケアを継続した。2005(平成17)年に行われた介護保険制度改正により誕生した「小規模多機能型居宅介護」は、その多機能を制度化したものである。

## 1-2 介護保険開始後の認知症対策

2000（平成 12）年に介護保険制度が施行され、認知症の人を取り巻く環境が大きく変化した。介護保険は要支援から要介護 5 までの要介護認定を受けることで、介護度ごとに設定された支給限度額の範囲内であれば、利用料の 1 割の自己負担で、施設や在宅のサービスが利用できるようになった。

介護保険以前からあったグループホームや E 型デイサービスは、「認知症高齢者共同生活介護」「認知症専用型通所介護」と名称を変え、要介護認定を受けた人の中でも、認知症の人だけが使えるサービスとして継続された。

しかし、認知症専用型通所介護は、利用者の定員が少なく経営が不安定なことや、ほかの通所介護に比べて報酬単価が高いため利用者の自己負担が増えること、また、「認知症」という限定を利用者や家族が敬遠することなどが理由で、なかには一般型への転換も見られた。

一方、グループホームは、在宅サービスへの民間事業所の参入が可能となったこともあり、事業所数が急増した。しかし、認知症ケアの事を全く解らない業界などからの参入もあり、ケアの質の確保が課題となった。

そこで、事業者団体が自ら質を確保していく事を提案する形で、2001（平成 13）年には自己評価が、2002（平成 14）年には第 3 者評価が義務づけられることになった。

また、介護保険制度の導入に伴い、施設介護の質の向上が課題となり、2002（平成 14）年には、個室・ユニットケアが導入された。認知症の人が大規模施設でも落ち着いて生活できるよう、家庭的な環境で少人数のなじみのスタッフと利用者が過ごせることを目的としたものとなっている。

特別養護老人ホームにおける認知症ケアの変化としては、痴呆加算が導入されてから、15 年を経た質的な変化といえる E 型デイサービスやグループホームでの認知症ケアの模索を経て、施設ケアの再編へとつながっている。

その後 2003（平成 15）年には、団塊の世代が 65 歳を迎える 2015（平成 27）年に向けて、中長期的な視点に立ち、今後の高齢者介護の方向性を示した「2015 年の高齢者介護」が出され、「尊厳の保持」が制度の目標として示された。そうした動きも受け、2004（平成 14）年には「痴呆」から「認知症」に呼称が変更された。

表 介護保険制度後の認知症の人へのサービスの変遷

年	国の制度・事業
2000	介護保険制度の導入 基準該当ショートステイの導入 グループケアユニットの整備費補助 高齢者痴呆介護研究・研修センター開設
2001	痴呆介護指導者養成研修開始 グループホーム自己サービス評価義務

年	国の制度・事業
2002	全室個室・ユニットケア特養（新型特養） 老健施設の回廊式施設加算廃止 グループホーム第3者サービス評価義務づけ
2003	「2015年の高齢者介護」報告書 老健施設痴呆専門棟加算廃止 痴呆専用単独型通所介護等に併設する宿泊部門の整備費補助（補正）
2004	厚労省痴呆対策推進室設置 「痴呆」から「認知症」へ呼称変更
2005	「認知症を知る1年」キャンペーン開催 「認知症サポーター」養成講座
2006	「地域密着型サービス」の創設 小規模多機能型居宅介護制度化

### 1-3 介護保険改正の認知症ケアの重視

介護保険は、5年ごとに大幅な見直しが行われることになっているため、2005（平成17）年には介護保険の見直しが行われ、2006（平成18）年から、改正介護保険法が始まった。

介護保険の改正に当たっては、2003（平成15）年に高齢者介護研究会から出された「2015年の高齢者介護」を基本の方向性としてその実現を目指して議論が行われた。

「2015年の高齢者介護」報告書には「高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」と言う副題が付いており、「尊厳の保持」はこれまでの介護保険の理念として掲げられていた「自立支援」の上位概念として位置づけられ、これまでの身体的な自立の意味合いから、人の思いを尊重し、人間性、個別性を重んじる「あるべきケア」の姿を示そうとしている。サービス提供者が中心になりがちな介護サービスの現状に対して、利用者中心の理念が明確にされたといえる。

さらに報告書では、尊厳をささえるケアの確立への方策として、①介護予防・リハビリテーションの充実、②生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体型、③新しいケアモデルの確立：認知症高齢者ケア、④サービスの質の確保と向上、という4点を取り上げている。

要介護高齢者のほぼ半数に認知症の影響があることから、これからの高齢者介護は認知症高齢者に対応することが基本とされた。そのためには、生活の継続性を維持するあたらしい介護サービス体系が必要であり、サービスの質の確保も欠かせないという認識に立っている。

この報告を受け、介護保険法の改正では、一人の人のライフステージにあわせて、身近な地域の中で連続的なケアが提供される形にサービス体系の見直しが行われ、新たに「地域密着型サービス」が登場した。

地域密着型サービスとは、「要介護者等の住み慣れた地域での生活を24時間体制で支えるという観点から、要介護者の日常生活圏内にサービス提供の拠点が確保されるべきサービス」と定義づけられており、認知症対応型デイサービス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）といった認知症の人を支える既存のサービスに加えて、新たに「小規模多機能型居宅介護」「夜間対応型訪問介護」「地域密着型特定施設入所者生活介護」「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」といったサービスが創設された。

地域密着型特定施設入所者生活介護や地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、定員が29名以下の小規模な入居施設である。

小規模多機能型居宅介護は、宅老所がモデルとなった、通いを中心に同じ場所での泊まりや同じスタッフが訪問を行う多機能の在宅支援サービスである。

地域密着サービスは、市町村が日常生活圏域を設定し、圏域ごとに必要なサービスの整備計画をたて、それに基づいてサービスが整備される仕組みになっている。それに伴い、これまで都道府県が行っていた事業所の指定・指導監督を市町村が行うようになった。また、利用者も当該市町村の被保険者に限定される。

このように地域密着型サービスは、介護保険制度において市町村を中心とした住み慣れた日常生活圏域と言う地域を単位に、小規模なサービスを認知症の人に合わせて再編したサービスである。

そのほか、介護保険法の改正では、介護予防や認知症などのケアマネジメントが難しい利用者を支援する総合相談機能を持った「地域包括支援センター」が創設された。これはこれまで在宅介護支援センターが果たしてきた機能を再編したものである。

しかし、制度開始当初は介護予防のプラン作成に追われ、地域の認知症の人への支援は十分に行われていない状況が起こった。そのため厚生労働省では、今後全国150カ所の地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、地域の多職種が連携して認知症の人を支える体制を構築する事を検討した。

## 1-4 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（平成24年）

資料：厚生労働省資料

認知症施策検討プロジェクトチームが、平成24年6月18日にとりまとめた「今後の認知症施策の方向性について」や、同年8月24日に公表した認知症高齢者数の将来推計などに基づいて、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定された。概要は以下の通り。

### 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）

#### 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
  - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
  - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
  - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

#### 2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人  
【考え方】高齢者人口約600万人（認知症高齢者約60万人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。  
※「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人  
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
  - ・平成24年度モデル事業のスキームを検討
  - ・平成25年度全国10か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成26年度全国20か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成27年度以降モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討  
※「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
  - ・平成24～29年度認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
  - 【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。  
※いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機



回避支援)については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
  - ・平成24年度「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
  - ・平成27年度以降すべての市町村で実施

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ・平成24年度ガイドラインの策定
  - ・平成25年度以降医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ・平成24年度～調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
  - ・平成24年度クリティカルパスの作成
  - ・平成25～26年度クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
  - ・平成27年度以降介護保険事業計画に反映

### 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。

### 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数  
平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人  
【考え方】5つの中学校区当たり1人配置（合計約2,200人）、当面5年間で700人配置。  
※各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）  
平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人

○市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数

平成 24 年度見込 40 市町村

将来的に、すべての市町村(約 1,700)での体制整備

○認知症の人やその家族等に対する支援

・平成 24 年度 調査・研究を実施

・平成 25 年度以降「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

## 6. 若年性認知症施策の強化

○若年性認知症支援のハンドブックの作成

・平成 24 年度～ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付

○若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数

平成 24 年度見込 17 都道府県→平成 29 年度 47 都道府県

## 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

○「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定

・平成 24 年度 前年度に引き続き調査・研究を実施

・平成 25 年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

○認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)

平成 24 年度末見込 2.6 万人 → 平成 29 年度末 4 万人

【考え方】すべての介護保険施設(約 15,000)とグループホーム(約 14,000)の職員 1 人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約 11,000)内で 1 人ずつが受講

○認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)

平成 24 年度末見込 1,600 人 → 平成 29 年度末 2,200 人

【考え方】5つの中学校区当たり 1 人が受講。

○一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)

新規 → 平成 29 年度末 87,000 人

【考え方】病院(約 8,700) 1 か所当たり 10 人(医師 2 人、看護師 8 人)の医療従事者が受講。

認知症高齢者の介護サービス利用について（5年後の推計）

認知症高齢者数の居場所別内訳	H24年度 (2012)	H29年度 (2017)
認知症高齢者数	305	373
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居宅系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等（介護療養型医療施設を含む。）	41	46
医療機関	38	38

※単数処理の関係で積み上げは一致しない。

〔推計の考え方〕

- 各年度の「認知症高齢者数」については、招待推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中立出生中位）に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。
- 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に「社会保障に係る費用の将来推計の改訂について（平成24年3月）」（以下、「一体改革試算」という。）における各サービスごとの利用者増加率等（※）を乘じて推計した。

（※）増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率等（※）を乘じて推計した。

〔平成24年度〕介護施設の入所者に占める認知症者割合を増加。

〔平成29年度〕認知症高齢者の増加（平成22年度：208万人⇒280万人）及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。

- 認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。
- 特定施設入居者生活介護及び介護施設の入居者に占める認知症割合を増加。
- 在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。

- 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

〔注〕医療機関の内訳（一般病院、精神科病院等）の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人（患者調査）となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいるので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。

出典：厚生労働省資料

## 1-5 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（平成27年）

厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）を関係11府省庁と共同で策定した（平成27年1月27日。その後、数値目標の更新や施策を効果的に実行するため平成29年7月5日改訂）

新オレンジプランでは、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していくとしている。

### 新オレンジプランの7つの柱

○「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していきます。



出典：厚生労働省資料

### 1. 新オレンジプランの基本的な考え方

#### (1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

社会全体で認知症の人を支える基盤として、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンや認知症サポーターの養成、学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進など、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進を図る。

#### (2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする。このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのとき

の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。

### (3) 若年性認知症施策の強化

若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きい、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって複数介護になる等の特徴があることから、居場所づくり、就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく。

### (4) 認知症の人の介護者への支援

高齢化の進展に伴って認知症の人が増えていくことが見込まれる中、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進する。

### (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

65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群と言われる中、高齢者全体にとって暮らしやすい環境を整備することが、認知症の人が暮らしやすい地域づくりに繋がると考えられ、生活支援（ソフト面）、生活しやすい環境の整備（ハード面）、就労・社会参加支援及び安全確保の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進に取り組む。

### (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

認知症をきたす疾患それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）を起こすメカニズムの解明を通じて、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の推進を図る。また、研究開発により効果が確認されたものについては、速やかに普及に向けた取組を行う。なお、認知症に係る研究開発及びその成果の普及の推進に当たっては、「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定、平成29年2月17日一部変更）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成26年7月22日健康・医療戦略推進本部決定、平成29年2月17日一部変更）に基づき取り組む。

### (7) 認知症の人やその家族の視点の重視

これまでの認知症施策は、ともすれば、認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったとの観点から、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーン（再掲）のほか、初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援、認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めていく。

## 1-6 認知症施策推進大綱

我が国において2012（平成24）年で認知症の人の数は約462万人、軽度認知障害（MCI）の人の数は約400万人と推計され、合わせると65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われていた。2018（平成30）年には認知症の人の数は500万人を超え、65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症と見込まれている。

このように、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。こうした中、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、2015（平成27）年1月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)が策定され取組が進めてられてきたところである。

こうした中、2018（平成30）年12月、内閣官房長官を議長、健康・医療戦略担当大臣及び厚生労働大臣を副議長とし、その他13大臣を構成員とする「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置された。その後、計3回の「認知症施策推進のための有識者会議」における認知症に関する有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族をはじめとした様々な関係者からの意見聴取、計4回の「認知症施策推進関係閣僚会議幹事会」での議論を経て、令和元年6月18日「認知症施策推進大綱本大綱」がとりまとめられた。

### 新オレンジプランの概要と進捗状況

#### 概要

- G8認知症サミット（2013年ロンドン）の日本後継イベント（2014年11月）において安倍総理から厚生労働大臣に新戦略の策定指示。2015年1月、厚生省が中心となり、12府省共同で認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定。
- 新オレンジプランの7つの柱
  - ①普及・啓発、②医療・介護、③若年性認知症施策、④介護者支援、⑤地域づくり、⑥啓発開発、⑦本人・家族視点の重視
- 新オレンジプランの対象期間、2015年～2025年。主要施策については、3年ごとの数値目標を設定。

#### 進捗状況

##### ○数値目標の進捗状況

認知症サポートの養成：1110万人（2018年12月末）

認知症サポート医の養成：8000人（2018年3月末）

認知症初期集中支援チームの設置：1736市町村（2018年11月末）など

- 認知症サポーターの養成について、大人だけでなく小中学生にも広げると共に、認知症の方に関わることの多い業界（金融機関、交通機関、マンション管理など）でも拡大
- 本人・家族視点を重視した、認知症の当事者・家族の方による発信の拡充、社会参加の推進
- 新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の方とその家族を支援する地域資源は着実に増加

新オレンジプランの数値目標

項目	プラン策定時	2017年度末	目標(2020年度末)
認知症サポーター養成	545万人 (2014.9末)	1,110万人 (2018.12末)	1,200万人
かかりつけ医認知症対応力向上研修	3.8万人 (2013年度末)	5.8万人	7.5万人
認知症サポート医養成研修	0.3万人 (2013年度末)	0.8万人	1万人
歯科医師認知症対応力向上研修	—	0.8万人	2.2万人
薬剤師認知症対応力向上研修	—	1.7万人	4万人
認知症疾患医療センター	289ヵ所	440ヵ所 (2018.11)	500ヵ所
認知症初期集中支援チーム設置市町村	41市町村 (2014年度末)	1,736市町村 (2018.11)	2018年度～全市町村
一般病院勤務の医療従事者認知症対応力向上研修	0.4万人 (2013年度末)	12.2万人	22万人
看護職員認知症対応力向上研修	—	1.0万人	2.2万人
認知症介護指導者養成研修	1.8千人 (2013年度末)	2.3千人	2.8千人
認知症介護実践リーダー研修	2.9万人 (2013年度末)	4.1万人	5万人
認知症介護実践者研修	17.9万人 (2013年度末)	26.5万人	30万人
認知症地域支援推進員の設置市町村	217市町村 (2014年度末)	1,740市町村 (2018.11)	2018年度～全市町村
若年性認知症に関する事業の実施都道府県	21都道府県 (2013年度)	47都道府県	コーディネーターの資質向上好事例の横展開の推進
認知症カフェ等の設置市町村	—	1,265市町村 (約6千ヵ所)	全市町村

今後の認知症施策の方向性

現状

- 日本では高齢者の4人に1人が認知症またはその予備軍とされ、現状の認知症有病率は85～89歳で40%、90～94歳で60%、95歳以上で80%に及ぶ。
- 政府においては、12省庁からなる関係省庁連絡会議を設置し、2015年に策定した新オレンジプランに基づき認知症施策を推進してきた。

## 課題

- 認知症の人にとって暮らしやすい生活環境（金融、交通、買い物等）が十分には整っていない。
- 認知症の病態解明はまだできていないが、運動や適切な食事、人との交流によって、発症を遅らせることが示されている。
- 骨太の方針 2018 では、「認知症に関する研究開発を重点的に推進するとともに、認知症予防に関する先進・優良事例を収集・横展開する。」「認知症の人にやさしい」新たな製品やサービスを生み出す実証フィールドを整備すべく官民連携プラットフォームを 2018 年度中に構築する。」等とされている。



## 今後の方向性

- 予防や生活環境、研究、産業化などの多くの省庁に関係する分野の課題を解決するため、政府全体として認知症についての総合的な施策を一層強力に進めていく。
- 予防法、治療法などに関するエビデンスの蓄積を進めつつ、団塊の世代が 75 歳以上になる 2015 年に向けて、認知症発症前を含めた予防の取組を強化する。
- 認知症当事者の視点に立った生活環境の整備（認知症バリアフリー）について、例えば、移動手段の確保、消費者被害の防止、金融機関や小売へのアクセスなどの分野において KPI を含め取組を強化する。
- 認知症に関する研究開発を強化すると共に、官民連携を促進するプラットフォームを構築し、マッチング、情報共有、情報発信を促進する。

出典：厚生労働省資料



大綱の新規・拡充事項（案）

新オレンジプランの 7つの柱	大綱の新規・拡充事項（案）
① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	<b>【啓発、教育】</b> ・相談先や受診策の周知の強化 ・当事者の声を起点とした前向きなメッセージの発信 ・認知症サポーターの養成（継続）
② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	<b>【予防】</b> ・予防に関するエビデンスの収集の推進 ・認知症の症状が出る前の早期からの取組の実施 ・通える場を作り、例えば1回以上1時間程度の体を動かす機会を提供 ・民間の商品やサービスを評価し、認証等する仕組みの検討 ・早期からの難聴補正の研究などの難聴対策の推進 <b>【ケア、医療】</b> ・かかりつけ医や地域の相談拠点と専門医療機関の連携の強化、診断直後からの家族教育 ・介護に関わる人材の確保対策の総合的な推進
③ 若年性認知症対策の強化	<b>【若年性認知症、就労・社会参加支援】</b> ・企業の認知症に関する理解促進、企業内の支援コーディネーターの設置 ・デイサービス等を利用しながらの社会貢献活動や就労活動の促進
④ 認知症の人の介護者への支援	<b>【認知症共生型の生活環境づくり】</b> ・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターを中心とした近隣互助活動の仕組みの構築 ・公共交通機関における配慮や、新たな移手段の確保、利用しやすい公共施設の整備等の認知症バリアフリーの推進 ・小売りやサービス産業における対応、認知症の人の自立生活に資する商品・サービスの開発 ・認知症の人の損害賠償責任保険加入に関する検討 ・安心して出歩けるよう、行方不明になった場合の見守りの好事例の普及
⑤ 認知症の人を含む高齢さにやさしい地域づくりの推進	・認知症への取組に優れている企業の認証制度や、表彰の検討 ・保有資産の活用のための準備、金融商品開発 ・全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できる、地域体制の構築 ・厚生労働省における認知症施策推進体制の強化 ・消費者被害の防止のため、地域の見守り体制の構築を推進
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	<b>【研究開発、産業促進、国際協力】</b> ・予防・治療に関連する基礎研究を強化すると共に、予防に関するエビデンスの収集の推進（再掲） ・予防に関する機器・サービスの評価指標の確立に向けた実証の実施 ・官民連携を促進するプラットフォームを作り、マッチング・情報共有・情報発信の促進 ・「アジア健康構想の基本方針」に盛り込む等、海外への展開を検討 ・介護の国際標準の策定に資する科学的介護の推進
⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視	<b>【認知症の人やその家族の視点の重視、意思決定支援・権利擁護、介護者への支援】</b> ・認知症本人同士によるピア活動や本人ミーティングの取組の拡充 ・認知症の人の意思決定支援の普及の推進 ・家族の仕事と介護の両立に関する相談体制 ・エンディングノートなどの将来に向けて自らの意思を表明する取組の推進

出典：厚生労働省資料