

平成24年度 第2回鶴岡市もの忘れ相談医研修会

○ 日時：平成25年2月26日（火）

19時～20時50分

○ 会場：鶴岡地区医師会館3階講堂

○ 開会

○ あいさつ

○ 研修1

『もの忘れ相談医の目的と役割 ～地域連携体制の構築～』

◇講師：鶴岡市立荘内病院神経内科 丸谷先生

○ 研修2 （*座長：鶴岡市立荘内病院神経内科 丸谷宏先生）

(1) 「治療可能な認知症を見逃さない ～画像診断の重要性～」

◇講師：鶴岡市立荘内病院 外科系診療部長 脳神経外科 佐藤和彦先生

(2) 「認知症の鑑別診断 ～うつ病、せん妄を中心に～」

◇講師：山形県立鶴岡病院 院長 瀧岡壽英先生

(3) 認知症相談の現状と患者家族支援について

(4) 情報交換

○ その他（連絡事項など）

○ 閉会あいさつ

もの忘れ相談医の目的と役割

—地域連携体制の構築—



荘内病院神経内科主任医長
ものわすれサポート医 丸谷 宏



鶴岡市の認知症患者数

	自立度Ⅱ以上	(居宅)	自立度Ⅲ以上	(居宅)
平成18年度	3597	2323	1763	867
平成19年度	4107	2341	2119	919
平成20年度	4435	2581	2309	1040
平成21年度	4910	2975	2636	1193
平成22年度	5126	3140	2747	1269
平成23年度	5291	3268	2800	1315

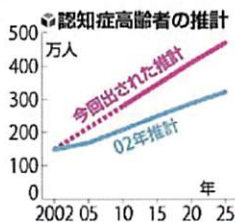
鶴岡市65歳以上人口 39,031人
(高齢化率28.4%)平成23年3月

65歳以上の認知症有病率: 13.6%

認知症、急増の300万人超 65歳以上の1割

読売新聞 2012年8月24日 夕刊

- **認知症**高齢者は現時点で300万人を超え、2002年の149万人から、この10年間で倍増していることが、厚生労働省の推計で明らかになった。
- 65歳以上人口の10人に1人にあたり、従来の予測を大幅に上回る急増ぶり。厚労省は来年度から新たな認知症対策を始めるが、体制整備が急がれる。
- 調査は、02年段階の推計以来。今回は、10年時点での介護保険の要介護認定のデータから、日常生活で何らかの支援が必要な**認知症**高齢者数を推計した。10年時点では、その数は280万人(65歳以上人口に占める割合=9.5%)。12年段階では、305万人に達しているとみられる。
- 将来推計では、15年は345万人(同10.2%)、25年は470万人(同12.8%)と見込んでいる。前回は、10年は208万人(同7.2%)、25年は323万人(同9.3%)だった。



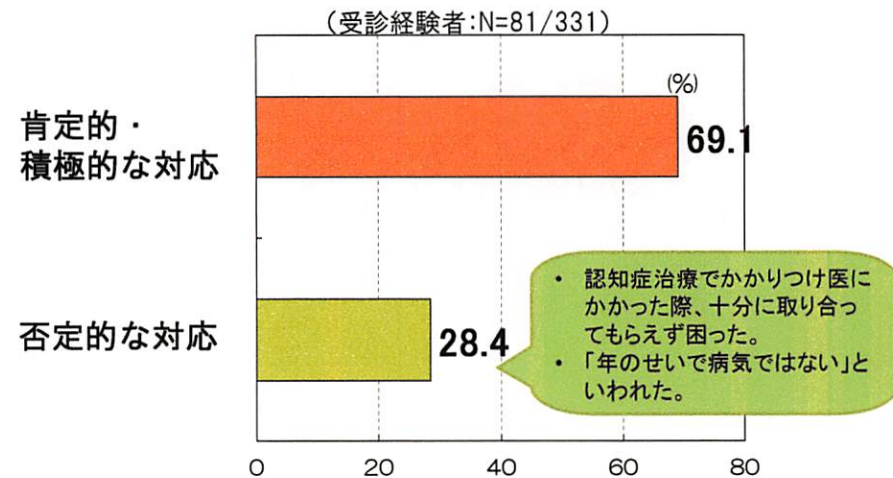
認知症医療の課題

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- 認知症の行動・心理症状(BPSD)に対する治療が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない

認知症診療に対するイメージ

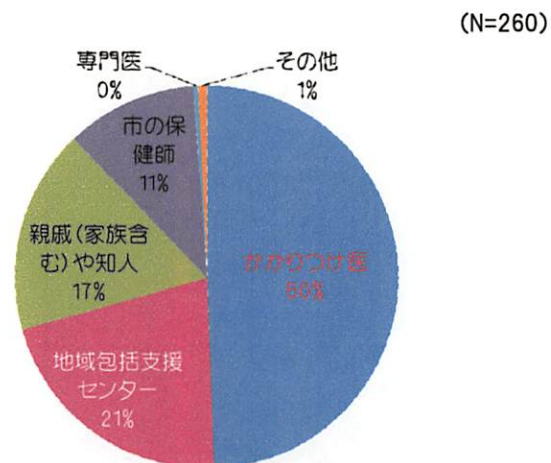
- 初診時に時間がかかりすぎる。
- 診断に自信が無い。
- 専門的な知識や心理検査が必要ではないか。
- 精神症状がみられた時に自分には手に負えない。
- 手間のかかる家族教育や介護指導などしたくない。

初診時の医師の対応



本間昭: 老年精神医学雑誌 2003; 14: 573-591.

認知症かな?と思った時の相談したいのは



鶴岡市認知症セミナーアンケート結果

早期発見・早期対応の意義

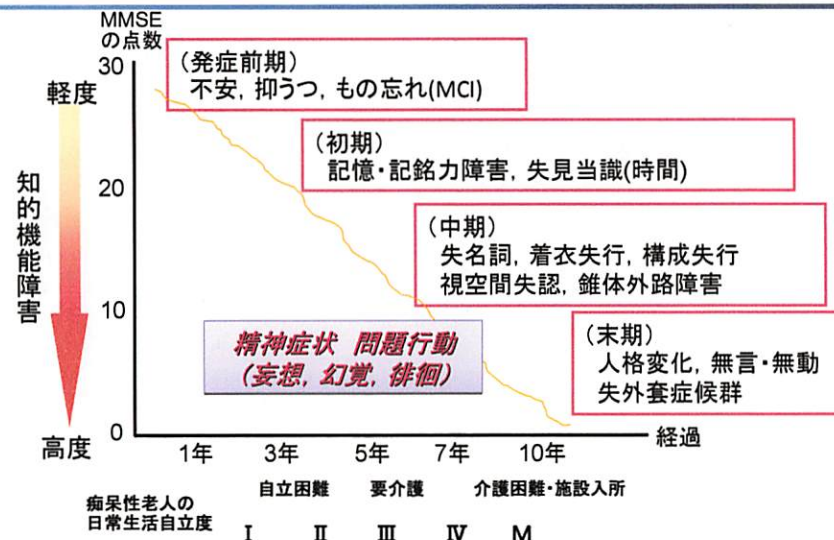
- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行う事が可能
- アルツハイマー型認知症であればより早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

もの忘れ相談医の役割

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師

- (1) 早期段階での発見・気づき
- (2) 日常的な身体疾患対応、健康管理
- (3) 家族の介護負担、不安への理解
- (4) 専門医療機関への受診誘導
→医療連携
- (5) 地域の認知症介護サービス諸機関との連携
→多職種協働

アルツハイマー病の症状と経過



「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における「認知症の人と家族の会」代表理事の要望

「たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていて、『私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』とおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。」

在宅療養を長く続けるためには

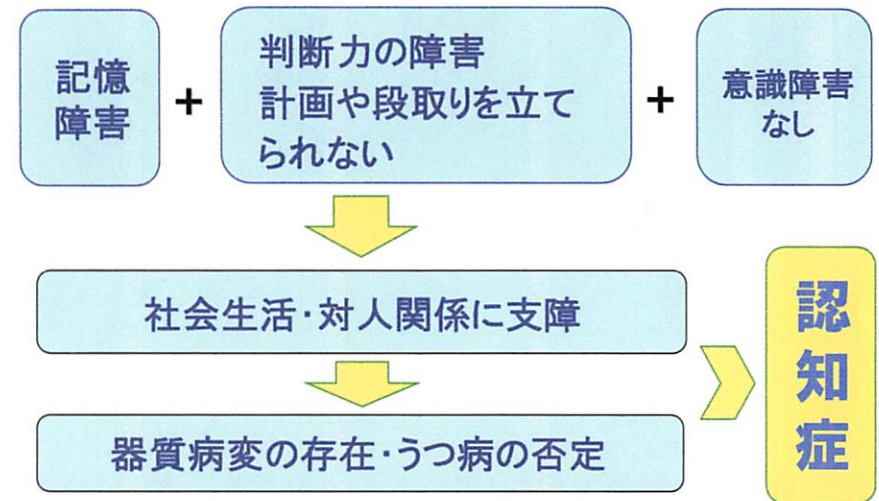
- 早期発見・早期対応によってアルツハイマー型認知症等の治癒が望めない疾患であっても、本人の症状(特に行動・心理症状(BPSD))を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる。
- 家族だけで認知症の人をサポートするのは困難。住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を地域全体で支えていく必要がある。

かかりつけ医中心の認知症診療

- 認知症はありふれた疾患 (common disease) であり、生活習慣病との関連もあり。
- 患者・家族が最初に相談したいのは、かかりつけ医。
- 高齢化に伴い認知症患者の著名な増加。認知症センターや精神科病院での対応にも限りがあり。
- 診断後も患者、家族はできるだけ長く住み慣れた自宅生活を望んでいる。
- 認知症患者の多くは高血圧や腰痛などの身体疾患の合併症を抱えている。

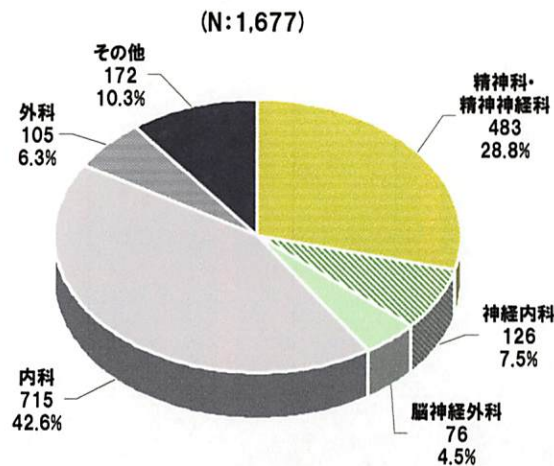
早期診断から看取りまで、
かかりつけ医に託される状況が到来してくる。

認知症の診断基準 (DSM)

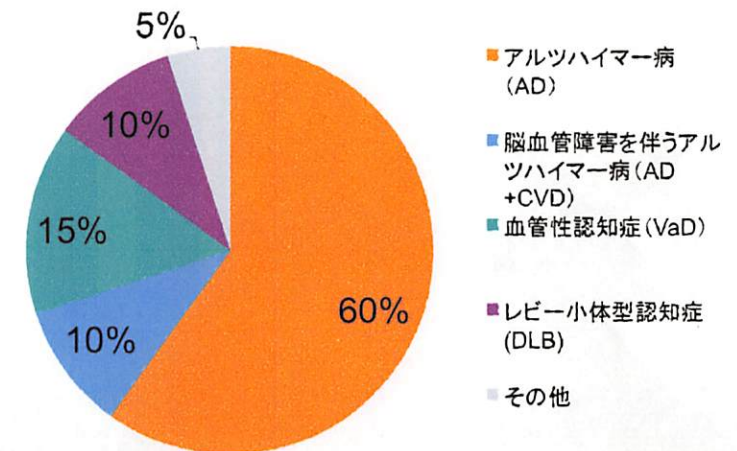


American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR)

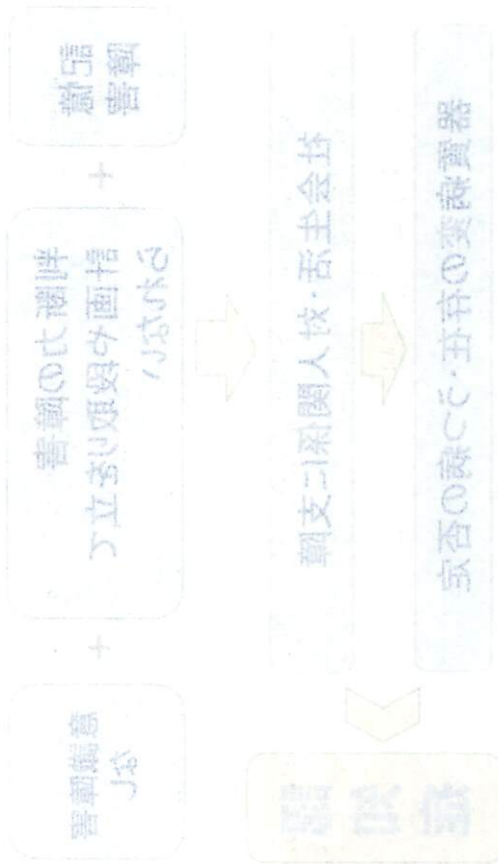
認知症サポート医の診療科の内訳



認知症の原因疾患

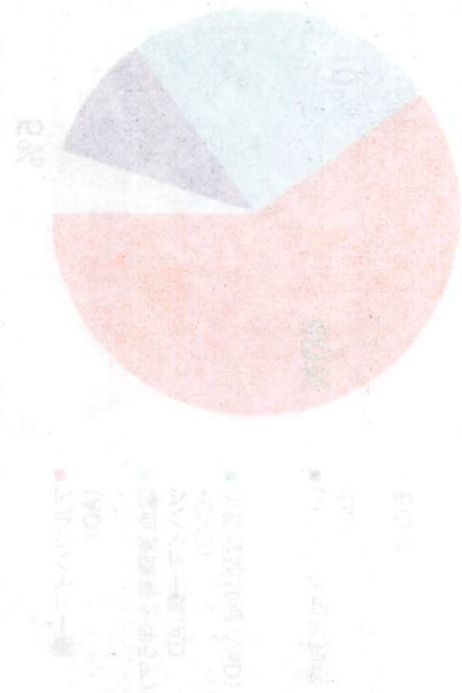


(M2D) 筆基商社の強弱



筆基商社株式会社
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
TEL: 03-5561-1111 FAX: 03-5561-1112

患者原因の強弱

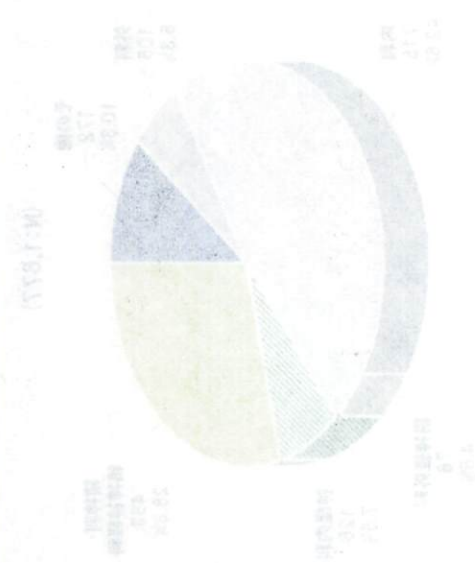


強弱強弱の強弱強弱

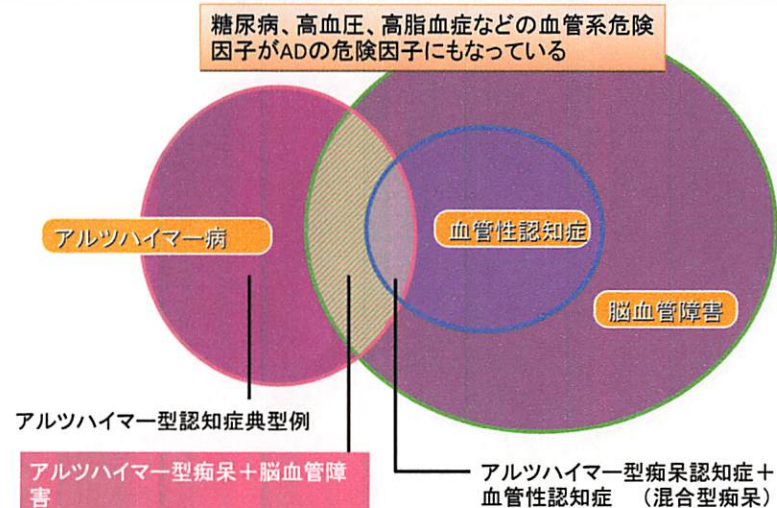
- 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)
- 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)
- 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)
- 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)
- 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)
- 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)

強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak) 強弱強弱 (strong/weak/strong/weak)

強弱強弱の強弱強弱



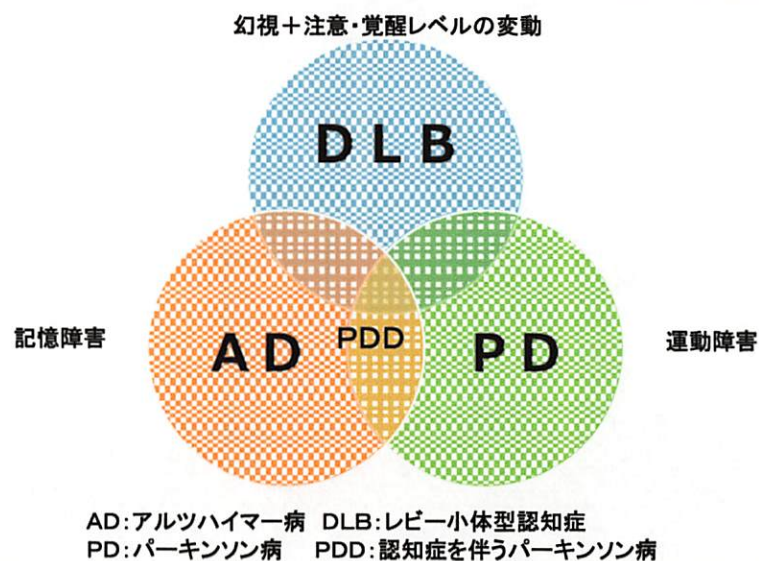
脳血管障害とアルツハイマー型認知症の関係



もの忘れ相談医による認知症診断

- 認知症診療は、診察に慣れてくるとそれほど難しくない。
- 大部分の場合、患者さんの日常生活をよく知る家族や周囲の人々からの情報収集と患者さんへの問診・診察によって認知症の有無を判断することが可能。
- CTスキャンやMRIなどの画像検査によって治療可能な認知症を除外する。
- 正確な病型診断にこだわる必要はない。

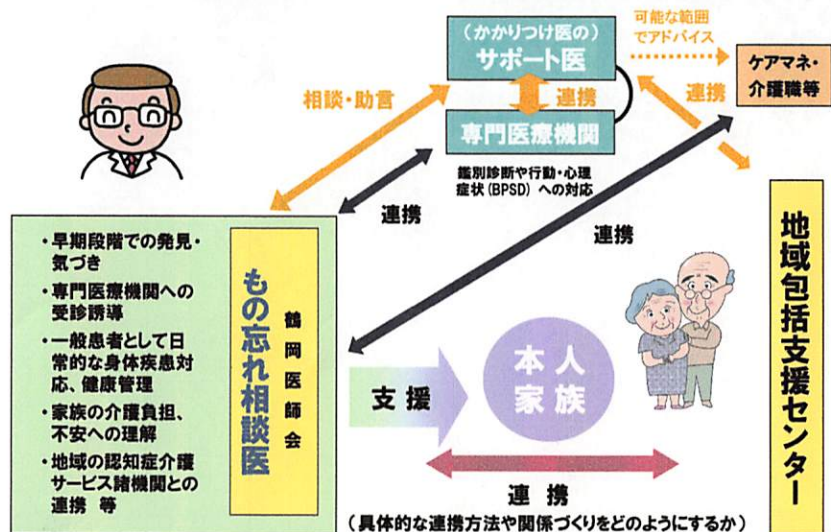
AD—DLB—PDD—PD



専門医療機関との連携

- 若年性の認知症
- 臨床症状から認知症の有無を判断できないあるいは診断に自信を持ってない事例
- アルツハイマー病あるいは脳血管性認知症として非典型的な事例
- 認知症の存在は確実だが病名や病態が明らかでない事例
- 徘徊や暴力行為などの行動障害・精神症状(BPSD)のコントロールが困難な事例
- 家族がセカンドオピニオンの意見を求めるとき

もの忘れ相談医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



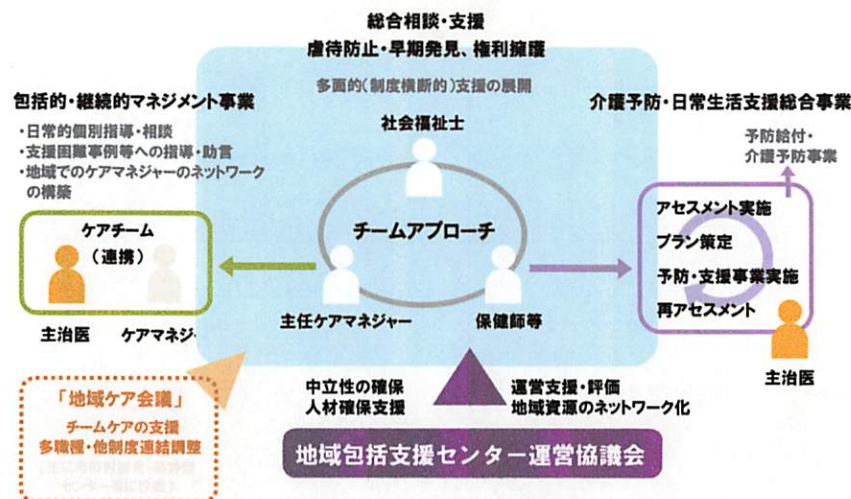
もの忘れ相談医 支援体制(案)

A. 診療支援

- ① 一般的認知症診断のための問診票・診断までのフローチャートの作成、配布
- ② もの忘れ相談医を中心とした認知症診断・治療向上研修会の開催
- ③ もの忘れ相談医との早期診断パス(案)
 - 可能な場合は問診・採血・画像・HDS-Rなどはもの忘れ相談医にお願いし、希望があれば荘内病院神経内科での診断再確認を行い結果報告。(早期/軽症例なども含め)
 - 慣れてきたらもの忘れ相談医の診断で確定。
- ④ 標準的認知症ケアパスの作成

地域包括支援センター

地域包括支援センター (4,145ヵ所 H23.4末)



もの忘れ相談医 支援体制(案)

B. 患者・家族教育

多忙な外来診察で認知症患者・家族への教育や頻回な相談を受ける事には限界があり、これらは地域包括支援センターが早期より積極的に介入することで、もの忘れ相談医(かかりつけ医)の負担を軽減することが不可欠。

- ① もの忘れ相談医診療状況調査票の「療養及び生活指導の必要性」がある場合、患者・家族の同意サイン → 自動的に担当地区の包括支援センター-保健師による個別相談・支援をスタート。
- ② 定期的な家族向けの集団研修会(10~20人程度) (まずは2カ月に1回程度から開催)

治療可能な認知症を見逃さない —画像診断の重要性—

平成24年度 第2回鶴岡市
「もの忘れ相談医」研修会
2013/2/26
荘内病院 脳神経外科
佐藤和彦

問題点

初めに脳疾患を除外していない
認知症の治療前には「除外画像診断」
治療の反応をみて画像診断ではダメ

「もの忘れ相談医」制度に内在するリスク
制度設計の段階で画像をどうするのか
考える必要があった



【症例】80才台前半

2011年秋から、近医で
認知症として治療され
ていた

半年後
右麻痺出現し来院

CTで
左側頭葉の進行した
神経膠腫
すでに手遅れであり
2カ月後、死亡



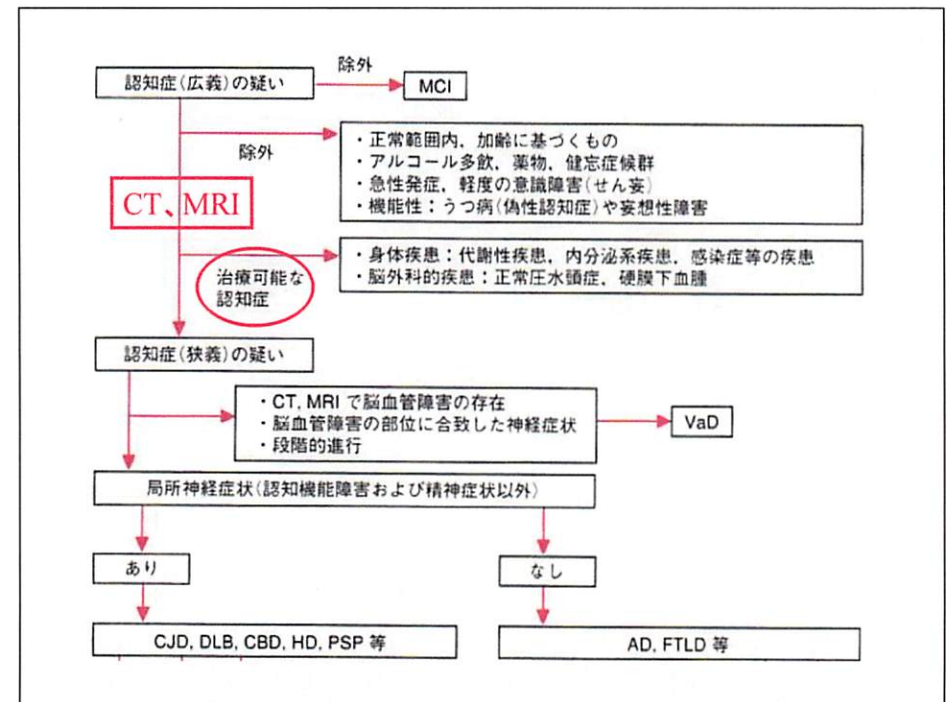
¥3,400
認知症疾患
治療ガイドライン2010
のコンパクト版

2012発行で
新しいエビデンスも
加わっている

CQ I -2、認知症の原因

善のいずれかの経過を呈し得る。このような中、正常圧水頭症(特発性、続発性)、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳内感染症、脳血管炎症候群、ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症、副甲状腺疾患(機能低下、機能亢進)、血糖異常(高血糖・低血糖)、肝疾患(肝性脳症)、腎疾患(尿毒症、透析脳症)、肺性脳症、電解質異常症、薬物性、アルコール性、金属中毒、低酸素脳症のように、早期の診断と適切な治療・処置により治すことができる病態も多くなってきた。これらは認知症を診断するうえで第一段階に鑑別すべき病態であり、治療可能な認知症 treatable dementiaという概念として扱われるようになった。

「治療可能な認知症」は脳外科疾患が多い



CQ I -2、認知症の原因

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳内感染症、脳血管炎症候群、ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症、副甲状腺疾患、血糖異常、肝疾患、腎疾患、肺性脳症、電解質異常、薬物性、アルコール性、金属中毒、低酸素脳症などのように、

早期の診断と適切な治療・処置により直すことができる病態が多くなってきた、これは認知症を診断するうえで第一段階に鑑別すべき病態であり、治療可能な認知症(treatable dementia)という概念として扱われる。

「除外画像診断」 治療可能な認知症(約1割)

CT、通常MRI 短時間

「鑑別画像診断」 認知症のtypeを鑑別する

解析MRI、解析脳循環測定 時間がかかる

- (1) Alzheimer病(AD) ChEIで治療
- (2) 血管性認知症(VaD) 「除外診断」で鑑別可能
- (3) Lewy小体型認知症(DLB) ChEIが有効
- (4) 前頭側頭型認知症(FTD)
- (5) 進行性核上麻痺(PSP)
- (6) 大脳皮質基底核変性症(CBD)
- (7) Huntington病(HD)
- (8) プリオン病(Creutzfeld-Jakob病など)

Alzheimer病の根本治療はない
薬は約1年進行を遅らせる対症療法
生活習慣病の予防が予防になる
極論:除外診断が鑑別診断よりも重要

当科の認知症診断プロセス

治療可能な認知症を早期診断



その他の認知症の鑑別や紹介

【症例1】83才、女性

2012/5、大腿ヘルニア嵌頓で、当院外科で全身麻酔下に
手術後、認知機能低下と歩行障害が出現したと、
家族からの訴えあり

CTで当院放射線科専門医が異常指摘、当科へ
長谷川痴呆スケールHDS-R:18/21点

MRIは全脳萎縮と脳室の拡張、
頭頂部脳溝の狭小化、白質病変

＜診断＞特発性正常圧水頭症＋Alzheimer病
排液テストで改善+、VPシャントを行い独歩退院、
症状が改善したと喜ばれた。

手術のみでHDS-R:21/21点、その後ドネペジル開始

●日本海病院「認知症疾患医療センター」

認知症は全例精密検査

その過程で治療可能な認知症を鑑別する方法、画像は予約検査 ×

慢性疾患で、全例検査だからゆるされる
時間がかかり、非効率的

●荘内病院(脳外科)

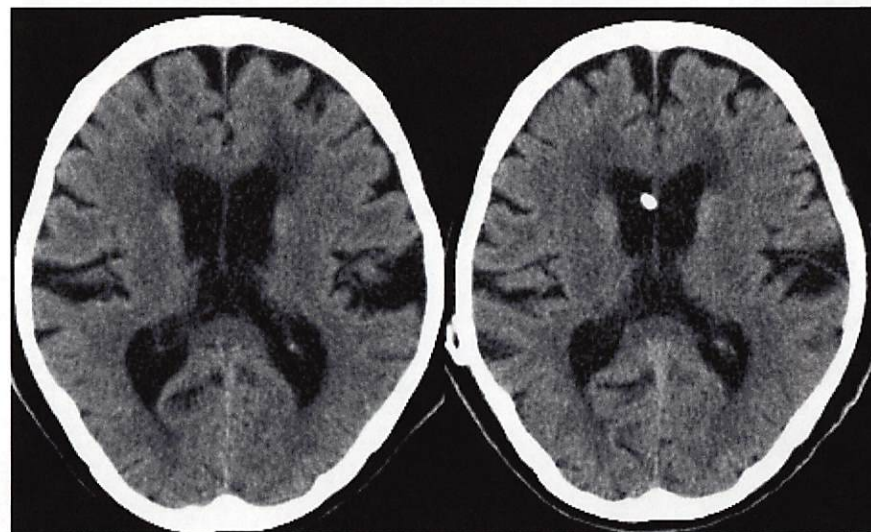
全例に除外診断は必要、鑑別診断は全例には不要
治療可能な認知症を、当日に除外診断

場合によって、鑑別診断

症状が変わったときも、当日検査

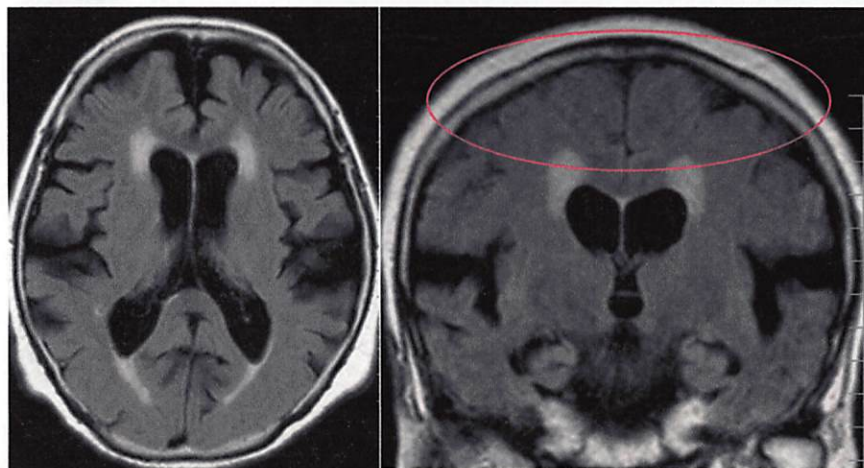
術前CT

術後CT

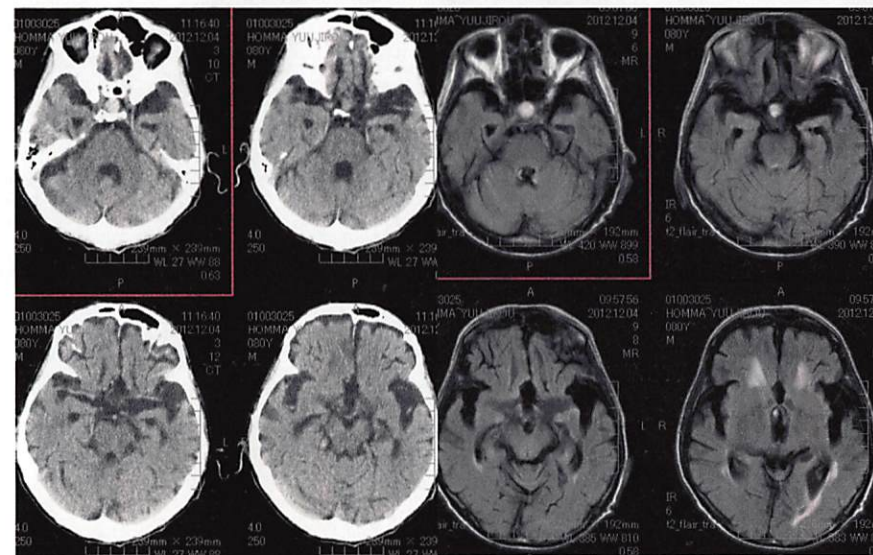


術前MRI

冠状断で頭頂部の脳溝が狭小化



嚢胞性下垂体腫瘍



CT

MRI

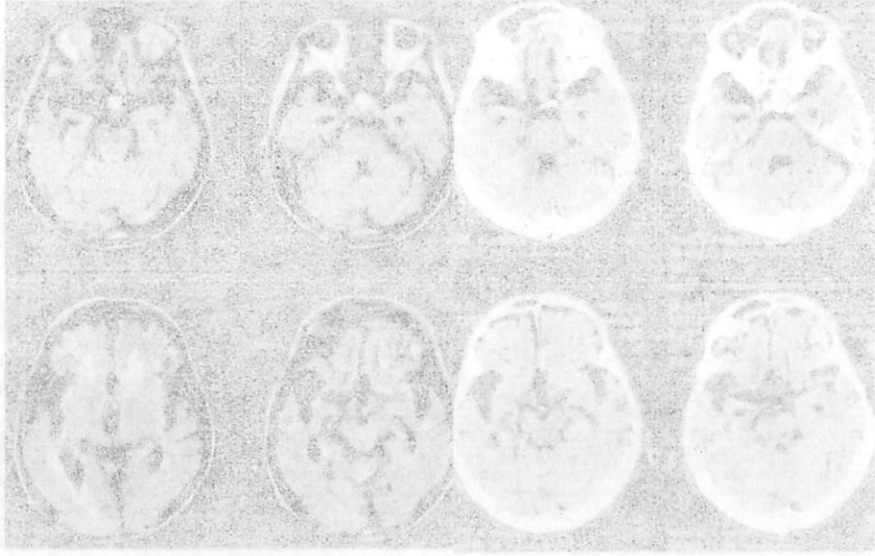
【症例2】 80才、M

一人暮らし、10年来の認知症で施設
ドネペジル服用中、昨年、消化器科でESD後
認知機能悪化したと来院。HDS-R:11/21点
S-Na:127 ↓, F-T3:1.91 ↓、BNP:227 ↑
CTで脳萎縮、脳室拡大、下垂体異常あり
MRIで下垂体嚢胞性腫瘍
排泄テスト陽性、しかしホルモン補充療法で
症状改善し、退院、HDS-R:15/21点

認知症の除外画像診断

- CT(当日可能)
 - 治療可能な認知症の除外
 - 血管性認知症(VaD)の診断可能
- 通常MRI(数日以内に可能)
 - 内容を減らせば当日も可能
 - 治療可能な認知症の除外
 - 血管性認知症(VaD)の診断可能
 - 萎縮により、ある程度鑑別も可能

癲癇性下垂性脳腫瘍



MRI

CT

癲癇性脳腫瘍の臨床像

CT(当日前) (可能)

一 癲癇性脳腫瘍の臨床像
一 血管性脳腫瘍 (VaD) の臨床像 (可能)

通常MRI(数日以内) (可能)

一 内容に減らせば可能

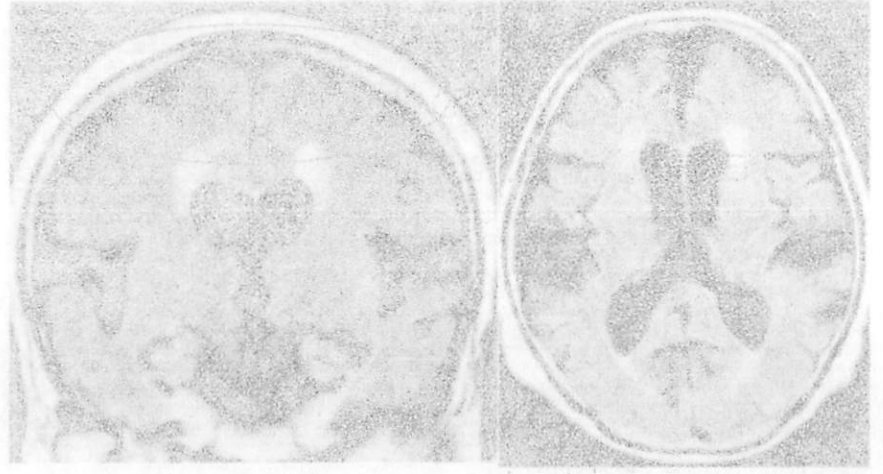
一 癲癇性脳腫瘍の臨床像

一 血管性脳腫瘍 (VaD) の臨床像 (可能)

一 癲癇性脳腫瘍の臨床像 (可能)

術前MRI

長年続いた癲癇の臨床像



【症例】 80才 M

一人暮らし、10年余の癲癇の来歴あり、
一入退院、10年余の癲癇の来歴あり、
一入退院、10年余の癲癇の来歴あり、
一入退院、10年余の癲癇の来歴あり、

CTで腫瘍、脳室拡大、下垂性異常あり
MRIで下垂性脳腫瘍

手術後、癲癇改善、
手術後、癲癇改善、

認知症の鑑別画像診断 (統計解析画像)

・MRI(VSRAD)

正常群と比べ、2SD以上の萎縮を検出

・SPECT(脳血流シンチ)

(iSSP/eZIS/vbSEE)

脳の萎縮の前に血流の変化が起きる

若年性認知症、MCIに有用

当院でも検査可能だが必要性は限定的

・PET 保健適応なし

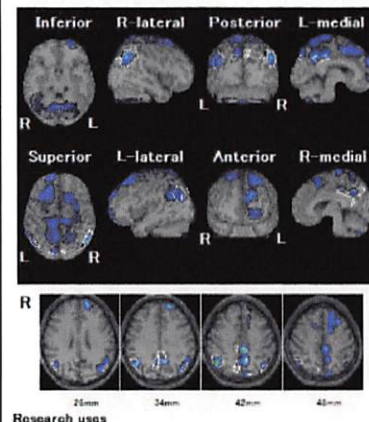
疾患特異領域解析結果(初期アルツハイマー型認知症診断支援用)レポート

eZIS

ID: 02244963
名前: IGARASHI KUMI==
MEMO: 108[FCID10-500]REF[0,0,0,0]
108[FCID10-500]REF[0,0,0,0]
108[FCID10-500]REF[0,0,0,0]
108[FCID10-500]REF[0,0,0,0]

年齢: 52 性別: F

日付: 2011/10/24



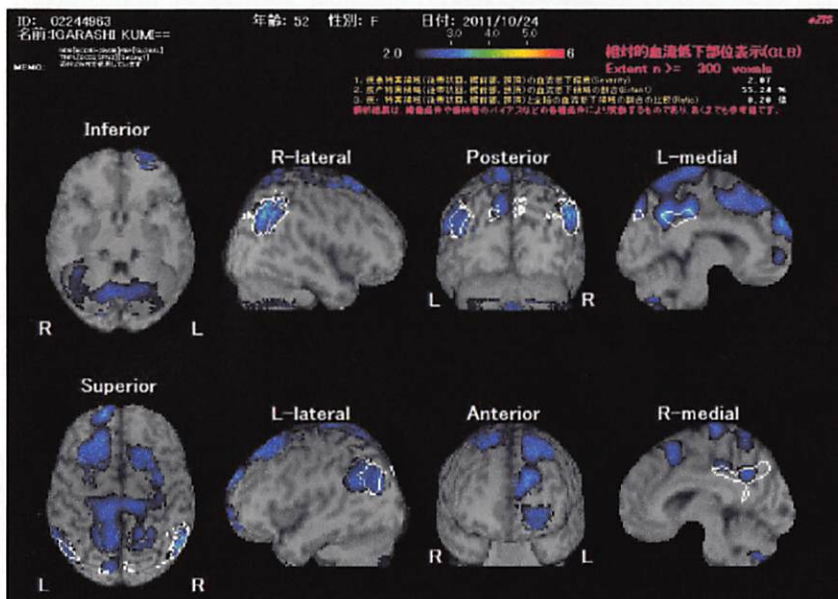
1. 疾患特異領域(後頭状回、楔前部、縁回)の血流低下幅度(Severity) **2.07**
(疾患特異領域内の20%のみのスコア平均)
疾患特異領域における血流低下の程度を表す指標の一つです。正常群の健康な40歳以上アルツハイマー型認知症45例のMCI診断での平均値は0.92(0.71)による検定では、観測値が1.19とした場合に異常の閾値(95%信頼区間)は1.85%でした。
観測値は、健康な正常群の平均値(0.92)より観測値が1.27倍(1.19/0.92)であり、ほぼ正常範囲です。

2. 疾患特異領域(後頭状回、楔前部、縁回)の血流低下幅度の割合(Extent) **55.24 9%**
(疾患特異領域内の20%のボクセルの割合)
疾患特異領域における血流低下の程度を表す指標の一つです。正常群の健康な40歳以上アルツハイマー型認知症45例のMCI診断での平均値は0.03(0.03)による検定では、観測値が0.24とした場合に異常の閾値(95%信頼区間)は0.5%でした。
観測値は、健康な正常群の平均値(0.03)より観測値が8.0倍(0.24/0.03)であり、ほぼ正常範囲です。

3. 疾患特異領域(後頭状回、楔前部、縁回)と全脳の血流低下幅度の割合の比較(Ratio) **8.20 倍**
(全脳の血流低下1を1とした場合)
脳血流低下において、全脳で2.0のボクセルが占める割合に対する疾患特異領域内での2.0のボクセルが占める割合の比です。疾患特異領域における血流低下の程度を表す指標の一つです。正常群の健康な40歳以上アルツハイマー型認知症45例のMCI診断での平均値は0.24(0.24)による検定では、観測値が2.2倍(2.2/1.0)とした場合に異常の閾値(95%信頼区間)は0.5%でした。
観測値は、健康な正常群の平均値(0.24)より観測値が9.17倍(2.2/0.24)であり、ほぼ正常範囲です。

・参考文献 1) Matsuda H, et al. Automated discrimination between very early Alzheimer's disease and controls using an early Z-score image system for multicenter brain perfusion SPECT. ALZ Dis J. Neuroimaging 2008;25:111-8

<eZIS>、正常より2SD脳血流低下部位



症例: 53才、女性

診断: 若年性Alzheimer病

丸谷先生が外来で治療されている方

2011/10/25: HDS-R: 20/21、MMSE: 23/24

2013/1/21: HDS-R: 20/21、MMSE: 23/24

<神経内科に依頼すべき患者>

若年者、進行性MCI、軽症認知症

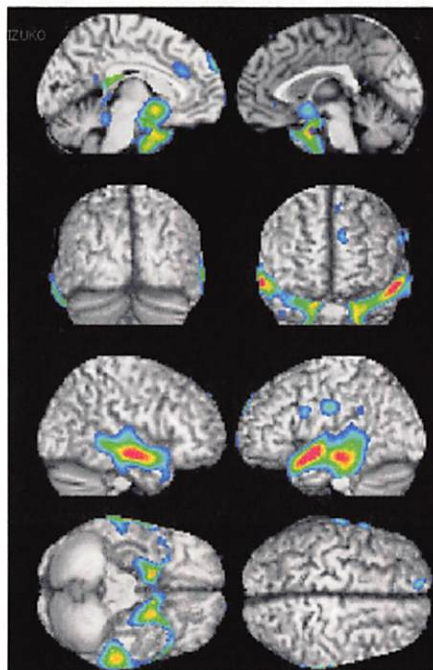
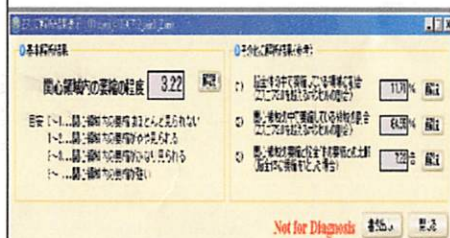
<VSRAD>

MRIで萎縮の強い
部位を検出

81才、女性

HDS-R:12/30点

MMSE:17/30点



荘内病院の体勢

- 脳卒中チーム(ストロークチーム)3名
 - 脳神経外科 2名 :フリー外来
 - 神経内科 1名 :予約外来(当然)
- 85才以下で発症6時間以内の脳卒中
- 血管内手術は日本海病院から転入あり

「治療可能な認知症」の除外は脳外科で
荘内病院脳外科が「もの忘れ相談医」に参加
脳外科がフリーアクセスの入り口になる

- 地域で神経内科を守ることが大切

「治療可能な認知症」1割

脳外

「その他の認知症」9割

(1)Alzheimer病(AD)	神内・精神
(2)血管性認知症(VaD)	神内・脳外
(3)Lewy小体型認知症(DLB)	神内
(4)前頭側頭型認知症(FTD)	精神
(5)進行性核上麻痺(PSP)	神内
(6)大脳皮質基底核変性症(CBD)	神内
(7)Huntington病(HD)	神内
(8)プリオン病(Creutzfeld-Jakob病etc)	神内
BPSD、せん妄、興奮など	精神

●日本海病院:主に精神科

「認知症疾患医療センター」は
全国で200ヶ所、鶴岡は鶴岡でと
60万人を対象とする責任があるはず
彼らの方法が正しいとは思わない

●荘内病院: 神経内科と脳外科

治療可能な認知症や、若年性認知症
進行性軽度認知症などを的確に治療したい
鶴岡市は認知症センターがなくとも
制度を工夫をすれば良い医療が可能

認知症の鑑別診断

～うつ病とせん妄を中心に～

県立鶴岡病院
灘岡 壽英

認知症とうつ病の鑑別

	仮性認知症(うつ病)	認知症
発症	急速に発症	緩徐に発症
経過	亜急性に進行	慢性進行性
症状の変動性	認めることが多い	認めない
病識	あり	なし
症状の訴え方	必要以上に訴える	認知機能障害の訴え無し
記憶障害の内容	昔の記憶も障害される	記銘・記憶の獲得障害
質問への回答	分からないと答える	間違っって答える
食欲不振・不眠	伴うことが多い	伴わないことが多い

認知症とうつ病

- 仮性認知症: 認知症類似の症状を持つうつ病
- うつ病から認知症への移行
- うつ病の既往があれば、認知症の発生リスクが高くなる。

症例

- 初診時78歳、女性
- 主訴: 人に会うのがおっくう、口が渇く、身体が震える
- 家族歴: 夫は30数年前に事故死。子どもが4人いるがそれぞれに独立し、一人暮らし。病院の家政婦を長年やってきた。
- 既往歴: 特記すべきこと無し。

現病歴と治療経過

- 人に会うのがおっくう、口が渇く等の症状でX年受診。
食欲、睡眠は良好だが、その他の症状よりうつ病と診断し、フルボキサミン75mg処方したところ、症状改善。以後服薬を継続していた。
- X+5年、食欲不振、悲しくて涙が出る、死んだ方がましだと思
う等の訴えで、家族同伴で受診。一人で食事もとれないとのこ
とで入院。抑うつ症状はフルボキサミン投与により徐々に改善
するが、自分の部屋が分からなくなったり、お金が無いので貸
して欲しいなどの訴えが見られるようになる。
長谷川式簡易認知症スケール10/30、MMSE16/30。
アルツハイマー型認知症の初期と考え、アリセプト処方開始。
2カ月の入院後、グループホーム入所。

認知症とせん妄

- 認知症とは無縁のせん妄
意識レベルの変動、近時記憶の障害、見当識障害、
睡眠覚醒リズムの障害、幻覚、妄想、
興奮、活動性低下
原則として、可逆性(治療可能性)。
- 認知症に発生するせん妄
- せん妄を繰り返すうちに認知症へ移行

軽度認知障害(MCI)

- 主観的な物忘れの訴えがある。
- 年齢に比し記憶力の低下がある。
- 日常生活動作は正常である。
- 全般的な認知機能は正常である。
- 認知症は認めない。

- うつ症状を伴うことがある。
- 65歳以上の約3%
- 認知症への移行の危険性(年間約12%、5年以内に約8割)

認知症とせん妄の鑑別

	認知症	せん妄
動揺性	少ない	多い(夜間に増悪)
病識	初期には存在	多くは欠如
知覚の障害	あまり目立たない	錯覚、幻覚が多い
覚醒性の障害	注意力が散漫	全般的な注意力の減退
発症の仕方	緩徐	急激
症状の持続	長時間	短時間
経過	慢性	急～亜急性
治療可能性	しばしば困難	多くは可能
脳波の徐波化	軽度	顕著、時に速波化

症例

- 80歳、男性
- 既往歴：特記すべきこと無し。
- 家族歴：2年前妻と死別。
子どもは4人いるが、一人暮らし。

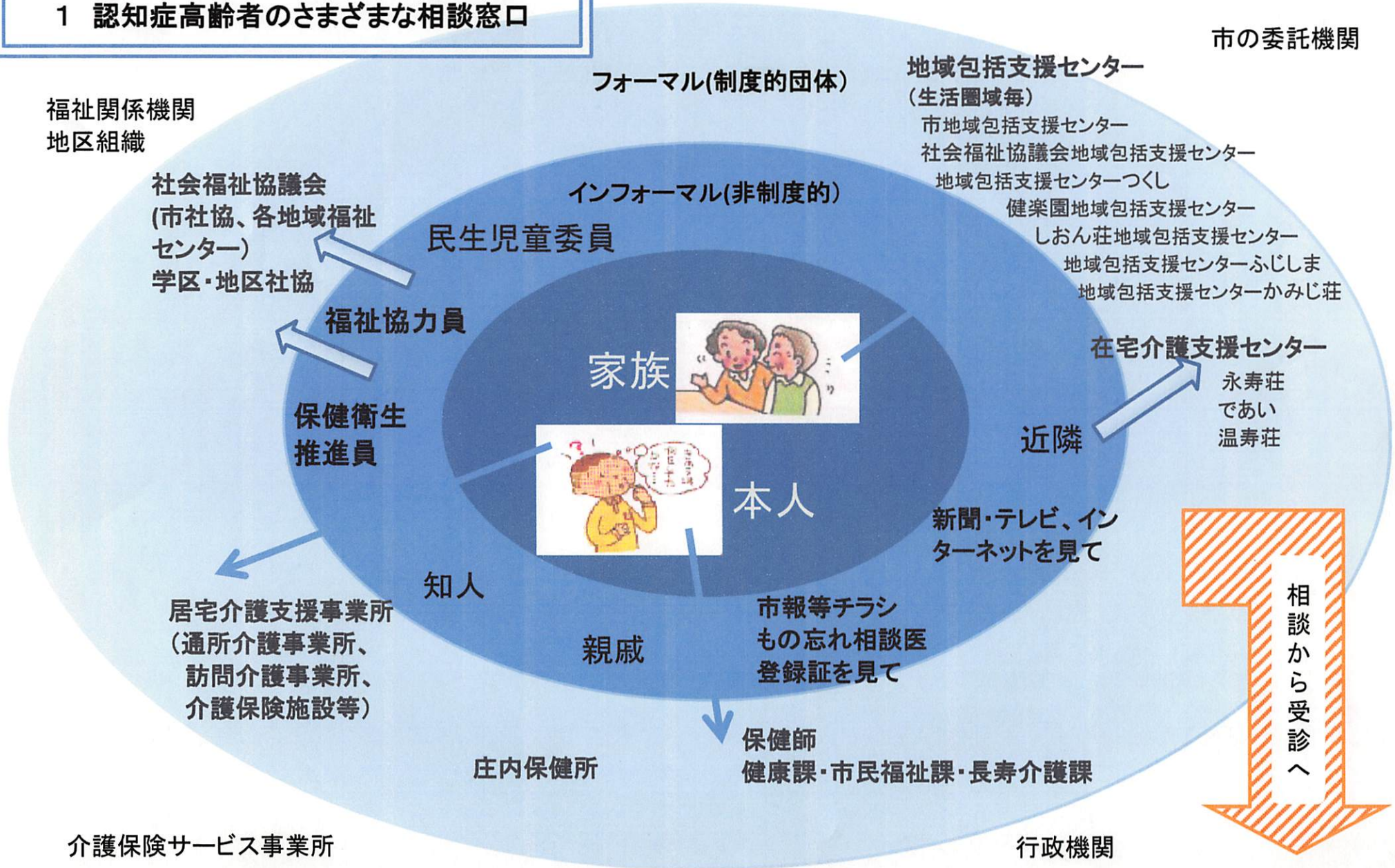
認知症と鑑別すべきその他の精神疾患

- 統合失調症
- 妄想性障害
- 精神遅滞

現病歴と治療経過

- 元々、短気で声を荒げるところがあった。2年前、妻と死別した頃から被害的言動が多くなり、子どもたちにも暴言を吐き、追い出したりした。X-1年12月頃より物忘れが目立つようになり、車で事故を起こしたりするようになった。X年1月8日、自宅で火災。全身熱傷で荘内病院受診し入院。特に夜間、大声を出したり、唾を吐く、看護師の腕にかみつこうとするなどの行為があり、一般病棟での対応が困難として、1月8日当院を紹介され受診、入院となる。入院後も大声を出し、独り言を言ったりと夜間不眠。オランザピン、フルニトラゼパム投与により、徐々に落ち着き、睡眠状態改善し、疎通性も改善した。しかしその後も、健忘、見当識障害などの症状は持続している。

1 認知症高齢者のさまざまな相談窓口



関係するの市

一々ハジメ支社同会
(香織高森会)

(香織高森会)ハマナド

関係する同会
同会同会

一々ハジメ支社同会市

一々ハジメ支社同会同会同会同会同会同会同会

J>C一々ハジメ支社同会

(香織高森会)ハマナド

一々ハジメ支社同会同会同会

一々ハジメ支社同会同会同会

まじり一々ハジメ支社同会

まじり一々ハジメ支社同会

員委童児主另

会同会同会同会同会
同会同会同会同会
(一々ハジメ
同会同会同会)

一々ハジメ支社同会同会

表承
ハジメ
表承

同会

員代同会同会

主同会同会
員同会同会



対家



人本

人味

ハジメ、ハジメ、ハジメ
ハジメハジメハジメ

ハジメハジメ市
同会同会同会同会
ハジメハジメハジメ

同会

同会同会同会同会同会
同会同会同会同会
(同会同会同会同会
同会同会同会同会)

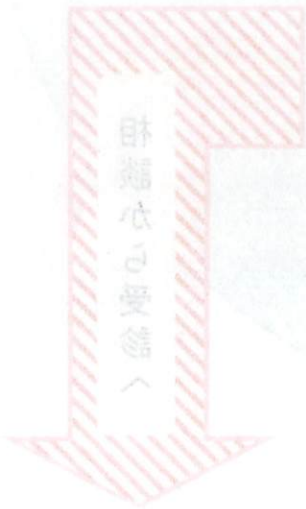
同会同会

同会同会同会同会同会同会同会同会

同会同会同会

同会同会同会同会同会同会同会同会

同会同会



2 医療受診システム



受診

もの忘れ相談医サポート医
(市立荘内病院神経内科)が
支援

連携・紹介

かかりつけ医



もの忘れ相談医



連携・紹介

精神科標榜医療機関

県立鶴岡病院
腰越クリニック
島田クリニック
武田医院
中鉢医院
三川病院



連携 紹介

連携 紹介

紹介 連携

画像検査医療機関

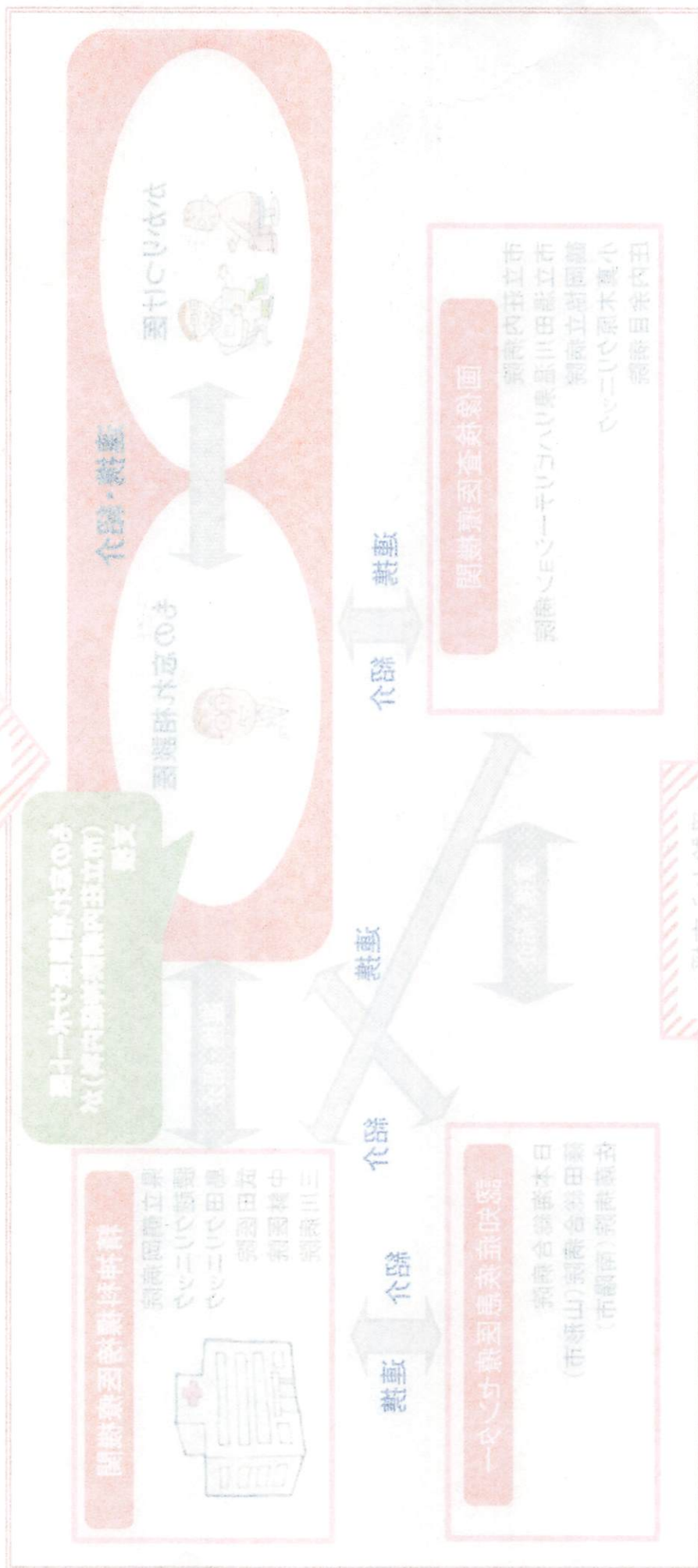
市立荘内病院
市立湯田川温泉リハビリテーション病院
鶴岡協立病院
小真木原クリニック
庄内余目病院

連携・紹介

認知症疾患医療センター

日本海総合病院
篠田総合病院(山形市)
佐藤病院(南陽市)

受診から支援へ



3 認知症患者・家族の支援体制

相談（診療）後『もの忘れ相談医診療状況調査票』を作成し、市地域包括支援センターへ送付



もの忘れ相談医
診療状況調査票
作成

医師会集配経由



市地域包括支援センター

もの忘れ相談医診療状況の集約
患者家族支援の必要な
場合の支援先への連絡

健康高齢者

軽度認知症者（虚弱な高齢者）

中度認知症者（要支援者）

重度認知症者（要介護者）

健康課・市民福祉課

認知症に関する普及啓発（講演会等）
高齢者健康講座
普及パンフレットの作成、配布
訪問・相談



○ 個別支援 担当エリアの保健師（健康課・市民福祉課・地域包括支援センター等）による訪問や相談

○ 集団教育型 ※新設（認知症の患者・家族支援教室）

認知機能低下の恐れのある高齢者等を対象に
認知機能低下予防プログラムの実施
（通所型、訪問型）
介護予防講座

予防

相談・訪問
権利擁護事業
地域ケアネットワーク構築

地域包括支援センター

介護保険サービス

居宅介護支援・訪問介護・訪問入浴・訪問看護・通所介護・通所リハビリテーション・短期入所介護等

長寿介護課・市民福祉課

認知症高齢者見守りサービス
家族介護者のつどい
キャラバンメイト、認知症サポーターの育成
介護保険申請相談
愛の一声運動（民生児童委員によるひとり暮らし高齢者に見守り訪問）

地 域 ケ ア ネ ッ ト ワ ー ク

フォーマル （市役所各庁舎の保健師・社会福祉協議会・在宅介護支援センター・各地域包括支援センターによる地域ケアネットワーク会議、医療と介護の連携、多職種連携、介護サービス事業者、保健所、警察署、消防等）

インフォーマル （民生児童委員、学区・地区社協、保健衛生推進員、自治組織、町内会、老人クラブ、サロン等）

平成25年度 認知症の患者・家族支援教室実施要綱（案）

1. 目的

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の正しい理解と早期受診、早期診断、早期治療が重要となる。

本市では、認知症等に関してより早い時期から医療受診できる体制を確保するため、平成23年度から「もの忘れ相談医登録事業」を実施しているが、もの忘れ相談医が多忙な外来診察で認知症患者や家族への教育、頻回な相談を受けることには限界がある。

このため、認知症患者や家族が認知症に関する正しい知識を持ち、認知症の状態に応じた適切な対応と不安の軽減を図るとともに、もの忘れ相談医等の負担軽減を図るため、認知症の患者・家族支援教室を実施する。

2. 実施主体

鶴岡市

3. 実施方法及び内容

(1) 実施対象者

認知症患者、家族等

(2) 実施期間

平成25年5月～26年3月

(3) 実施回数

概ね2か月に1回

(4) 開催日

土曜日（2時間程度）

(5) 従事者

- ・市立荘内病院 神経内科 丸谷宏医師（将来的にはもの忘れ相談医も従事）
- ・市長寿介護課、健康課の保健師

(6) 会場

鶴岡市総合保健福祉センター にこ♥ふる

(7) 実施内容

- ・認知症の理解について
市立荘内病院 神経内科 丸谷宏医師
- ・認知症患者家族の支援体制について（制度の紹介含む）
保健師等

(8) 周知方法

医療機関、地域包括支援センター、市の保健師、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、病院等が患者家族に声掛けするなどし、周知する。

4. その他

(1) 事務局

認知症対策推進連絡調整会議事務局（市長寿介護課、健康課）

(2) 評価検証等

認知症対策検討委員会（鶴岡地区医師会）の助言を得ながら、市が事業の評価・検証を行い、この事業を進める。

認知症の患者・家族支援教室のイメージ図

