

弘済院 ～認知症の人とのあゆみ～

ものの忘れ教室

(2024(令和6)年3月作成)

はじめに

金本 元勝

認知症診療は息が長い。当事者の患者さんだけではなく、周囲の人々の理解や助けが必要になる。

当院は 1997(平成9)年から認知症の専門診療を開始している。大学病院のような研究施設ではなく、専門職の人員も少ない制約の中で、当院ではどのようなことで皆さんのお役に立てるかを熟慮した結果、「伴走者であろう(=ピアサポート体制の充実を目指そう)」ということになった。

患者・家族に寄り添う医療を目指して、様々な企画を立ち上げている(表1を参照)。「外来グループ回想法」(2000(平成12)年開始)、「弘済院 家族の会」(2002(平成14)年開始)、「本人サポートの会」(2006(平成18)年開始)、「認知症教室」(2008(平成20)年開始)、「患者支援部の設置」(前身の総合相談窓口は 2008(平成20)年開始)、等々。そして、2009(平成21)年に当院は大阪市の認知症疾患医療センターに指定された。

表1 弘済院の取組年表

1990(平成2)年	第2特別養護老人ホーム(認知症専用棟)設置
1997(平成9)年	認知症専門診療開始
2000(平成12)年	外来グループ回想法(軽中等度アルツハイマー病患者) 嚥下障害への取組
2002(平成14)年	「弘済院 家族の会」運営開始
2003(平成15)年	病棟グループ回想法 認知症対応病棟設置
2004(平成16)年	「懐かしの間」設置
2006(平成18)年	外来の認知症専門診療について「もの忘れ外来」へと名称変更 「本人サポートの会」開始 前頭側頭型認知症研究会設置
2007(平成19)年	認知症に関する職員研修「認知症を学ぶ会」開始
2008(平成20)年	「総合相談窓口」設置 2015(平成27)年 患者支援チーム 2017(平成29)年 患者支援部 「認知症教室」(現 もの忘れ教室)の運営開始
2009(平成21)年	大阪市 認知症疾患医療センターの指定
2010(平成22)年	認知症高齢者支援ネットワークへの専門的支援事業 開始
2011(平成23)年	認知症看護外来開設(2019(平成31)年に中止)

2013(平成 25) 年	前頭側頭型認知症のケアに関する冊子「認知症の医療・介護に関する専門職のための「前頭側頭型認知症&意味性認知症」こんなときどうする！」作成
2017(平成 29) 年	若年性認知症外来開設

2018(平成30)年度発行の「認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集 Q&Aでわかる診断後の認知症の人とその家族の支援方法」¹⁾によると幅広く診断後支援をしている認知症疾患医療センターはまだ少なく、「もの忘れ教室」など家族への心理教育を行っていたところは約32%であった。前段の年表(表1)に示したように当院では2018(平成30)年当時すでに本人へのアプローチを含めた複数のサポート事業を展開していたが、広く支援体制を整えた認知症疾患医療センターは全国で181施設中6施設に過ぎなかった。

その後、新オレンジプランを受けて、2021(令和3)年度に「診断後等支援事業」が認知症疾患医療センター運営事業の取組のひとつとして事業実施要綱に明文化され、多くの認知症疾患医療センターで診断後等支援事業が拡充された。しかし、2023(令和5)年度の「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業報告書」²⁾の集計分析によれば、「ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施」は、平均で40.8%(基幹型・連携型では30%未満)であった。

この度、認知症ケアに取り組む専門職の方々に活用いただけるよう、当院で展開してきた幅広い伴走機能、およびその相互連携や蓄積された知見を集積し、広く提示していくこととした。その中で、本稿では「もの忘れ教室」の取組を紹介する。これを通じて、他の施設や皆さんの実践の助けになれば幸いである。

1) 認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業 診断後支援対応事例調査委員会(2018)「認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集 Q&Aでわかる診断後の認知症の人とその家族の支援方法」
2) 認知症医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会(2023)「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業報告書」

もくじ

1. 目的（金本 元勝）	1
2. 運営概要（金本 元勝）	2
(1) 内容	
(2) 実施	
(3) 運営上の配慮	
3. 教室の運営に於いての気付き（金本 元勝）	3
(1) 内容の選択	
(2) 日時	
(3) 受講時間	
(4) 受講者	
(5) 講演者	
(6) 講座資料	
(7) 組織内運営	
4. 各講座担当者から（森本 早苗・中路 真由美・金本 元勝）	6
(1) もの忘れ教室①認知症のある人との関わり方	
(2) もの忘れ教室②認知症の人と家族のための福祉サービス	
(3) もの忘れ教室③認知症という病気について	
5. 当院作成資料（金本 元勝）	9
(1) みんなで持ち寄ったテーマ一覧	
(2) 組織内運営のフロー図	
(3) ものわすれ教室のチラシ	
(4) ものわすれ教室 スライド集（森本 早苗・中路 真由美・金本 元勝）	
もの忘れ教室①	13
もの忘れ教室②	35
もの忘れ教室③	55
もの忘れ教室 参加のお約束	72

（本取組の開始当初は「認知症教室」という名称であったが、以下の本文中では現在の名称である「もの忘れ教室」で統一して表記する）

1. 目的

認知症医療において診断後に「間断なく」各種制度利用や介護につなげることは重要である。しかし認知症の診断後、医師は各種制度利用や介護保険利用などの社会資源について丁寧に説明はするが、診察時間内では全てを十分に伝えきれないことがある。また、患者・家族に予備知識が乏しい場合は、患者・家族は診断直後に様々な情報に一気に触れることになり、理解が追いつかないこともある。

認知症の診断後なかなか社会資源の利用につながらないことを「診断後の空白期間」と呼ぶが、その「診断後の空白期間」が認知症医療において一つの大きな課題とされてきた。当院でも、「診断後の空白期間」が生じないようにそれぞれの医師が外来診療の中で工夫をこらしてきたが、伝える内容が膨大であり外来診療時間の制約も影響し、十分には提供できないことが多かった。

そこで、もの忘れ教室を開催し、「診断後の空白期間」を埋める取組を行うこととした。

認知症介護研究・研修仙台センターが実施した「認知症の家族等介護支援者に関する調査研究事業」³⁾では、空白の期間の聞き取りを通して2つに分類している。

空白の期間Ⅰ	疑ってから医療(診断)を受けるまで	平均13.35か月
空白の期間Ⅱ	医療(診断)を受けてから介護につながるまで	平均16.93か月

「診断後の空白期間」とは、上記の「空白の期間Ⅱ」に相当する。

3) 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター(2018)「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業 報告書」

2. 運営概要

もの忘れ教室の運営概要は下記のとおりである。

これまで運営してきた中で、利用者から寄せられた要望と当院での対応も含めて、配慮した要点も示しておく。

(1)内容

- ・「みんなで持ち寄ったテーマ一覧」(P. 9に掲載) から、“いずれの認知症の方でも対象”、“重要なものを基礎から”を基準に内容を選定
 - ➡ 当院では下記3項目を抽出し、各テーマに専門知識のある者を担当講師とした
 - ・① 認知症のある人との関わり方（認知症看護認定看護師）
 - ・② 認知症の人と家族のための福祉サービス（保健師・相談員）
 - ・③ 認知症という病気について（医師・もの忘れ外来担当医）

(2)実施

- ・各教室 30分～60分
- ・診断後に「間断なく」各種制度につなげるため「毎月開催」
- ・1回の来院で、希望する講座をどのような組み合わせでも受講可能にする
 - ➡ 【①+②+③】/日と【①+③】/日とで2つの異なる曜日を設定

(3)運営上の配慮（患者や家族から寄せられた代表的な要望とその対応）

- ・「本人がデイサービスから戻ってくるまでに、自宅に帰ることができる時間帯にしてほしい」
 - ➡ 10時から14時を目安に開催時間を設定
- ・「土日にも開催してほしい」
 - ➡ 当院は土日休業のため、人員確保や安全性の担保の面で対応が難しい
- ・「受講者が就労中であるため都合がとりにくい」
 - ➡ ・1回の来院で連続受講を可能とする日程編成（上記（2））、複数の曜日で開催
 - ・他の院内イベントの前後で同日開催

当院では新規の患者家族が他の通院患者家族と親睦が図りやすいように、「弘済院 家族の会」と同日に連携して開催を行った。新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため「弘済院 家族の会」が休止となって以降は、月2回単独で開催している。

3. 教室の運営に於いての気付き

2008（平成20）年6月より運用を開始し、毎年度末には反省会や振り返りを行った。その中で、医療保険や介護保険、その他各種制度の改訂などを織り込むなど、講座内容の修正・改訂を重ねてきた。また、担当者間での説明内容の重複なども調整した。

「3. 運営概要」で述べた方法に整理されるまでの背景として、これまでの運営上の気付きやその趣旨をまとめると下記ようになる。

(1)内容の選択

- ・「弘済院 家族の会」との連携から、テーマを3つに分けた。もの忘れ教室では予備知識の乏しい患者家族を想定して普遍的な内容に絞るかわりに基礎的なことから丁寧に、内容を理解してもらうことを目標にした。
 - ・① 認知症のある人との関わり方
 - ・② 認知症の人と家族のための福祉サービス
 - ・③ 認知症という病気について（「③認知症という病気について」でとりあげる疾患対象は代表的なものに限定した）
- ・1回の受講では理解しきれないこともあるため、同じ内容での複数回受講も認めた。患者家族によっては2回目の受講時に他の親族を伴い、情報共有を図る方もいた。

(2)日時

- ・当院では「診断後の空白期間」の短縮が目的であるため、診断後即時に必要な情報を提供することに重きを置いた。そのため、異なる曜日で毎月複数回、同じ内容の講座を開催する形式をとった。（年間を通じたシリーズ開催であると、適時に情報提供することが困難と判断した）
- ・土日の開催や夕方開催の希望も多く聞かれたが、当院が自治体病院の為に人員確保等の面で平日昼間だけしか開催ができなかった。また、家族が平日に休みを取得し難いこともあり、1日で複数講座の連続受講を希望される方も多かった。そのために連続受講できるように日時を設定し直し、以下の2通りで毎月開催することとした。
 - A. 教室①+教室②+教室③
 - B. 教室①+（「弘済院 家族の会」*）+教室③
- ・Aで（①+②）（②+③）（①+②+③）、Bで（①+③）を用意することで、どの講座受講の組み合わせも対応できるように設定した。1日に3講座を連続受講される方も少なくなかったが、受講者の注意・集中は保持されていた。

(※「弘済院 家族の会」が新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため休止となって以降はAで開催)

(3)受講時間

- ・受講するのは一般の家族であり、講座形式には不慣れであることを想定した。集中力の持続時間や疲れも考慮して、1回あたりの講座時間は30分～60分以内（逆にいうと、その時間でまとめられる内容を1単位として扱う）とした。しかし、いざ運用が開始されると、複数講座を1日で受講される方も多かった。

(4)受講者

- ・当初、ケアマネジャーや施設職員などの参加希望者もいたので制限を設けることにし、当院の通院歴のある患者及び家族を対象にした。
- ・コロナ禍前は参加を希望する家族全員を参加可能としていた。また、複数患者の家族が参加した状態で開催した。その目的は以下の3点である。
 - 親族間で同じ情報を共有することができる（話し合いの土台を形成）
 - <他の方も介護に困っている、介護仲間がいる>と理解し、孤独感を薄める
 - 他の方の実際の話聞くことで、自分の今の介護に客観的視点を得る
- ・コロナ禍後は感染予防の観点から複数患者の家族同席は避けている。その結果、患者家族からの個別具体的な質問は増加し、受講満足度は以前より向上した。

(5)講演者

- ・専門知識のある者が担当にあたることが望ましい。質疑応答の機会を設けることで満足度は高くなる。話しやすい環境設定も重要で、時にはこちらから受講者に発語を促すこともした。コロナ禍で家族数を制限してからは、講座を途中で止めての質問も認めた。この途中で止めることを許した対応により質問数が増加し、理解の深まりや受講満足度につながった。
- ・体調不良等で担当者交代に備えることは重要で、代行を容易にするため講座原稿は個人所有にせず共用資料として用意しておくことが重要であった。院内研修でも同じ講座資料を用いると職員間で認識を共有できるため、担当者の代行が容易になる。

(6)講座資料

- ・パワーポイントでスライドショーを作成して、上映した。スライドは視認性のため、文字の大きさは24ptを基準に最低20ptで作成した。当院ではできる

だけ公的に公開された資料に基づいた作成を心掛けて、講座で使用したスライドの多くを印刷してお渡しできるようにしているが、一部については著作権上の配慮が必要な箇所もあり、全てを渡すことはできないことを説明してご理解いただいている。

- ・配布資料は、3スライド／枚では見難いとの意見をいただいた。最終的には通常は1～2スライド／枚、細かい図柄は1スライド／枚にした。(実際の配布した講座のスライド資料はP.13～に掲載)

(7)組織内運営

- ・病院組織にとって多職種の部門と共同で事業を行うことは、多部門での調整が必要となる。新規事業を行うにあたり、部門間で調整を図る上で最も尋ねられたことは、新たな負担や協力する具体的な業務内容であった。
- ・その点で各部門に協力を求めるあたり最も有効な手段は、事業に関わる各部門での協力内容や業務フローを図式化することであった(当院でのフロー図をP.10に掲載)。視覚化することで全体の流れが見通せ、各部門の役割や業務範囲も明瞭となった。その際、協力していただく業務では新たな動線が増えないように配慮した。

その後、この事業を運営するにあたって課題となったことは、次の点であった。

○ 当院職員への周知不足

他のサポート事業との取り違い、職員間連絡の不備、など

- ➡ ・朝礼での周知の繰り返しなどで時間の経過とともに浸透し、改善した

○ 運営して判明した新たな課題

掲示や案内板の設営・撤去、講座場所への誘導、受講の誘導や動機付け

- ➡ ・講演以外の人手を改めて協議・調整し、看板や掲示なども作成した。
- ・誘導は、病院受付からの連絡体制や誘導員の配置などで対応した。
- ・参加の動機付けは、診察で医師が病状説明した後が最も有効であった。
- ・事業認知が乏しいことや初診患者対象となることが多く、事業内容の説明を丁寧にする必要があった。そのため、外来看護師はもの忘れ教室の趣旨や概要、開催時間など丁寧な説明を補足した。

4. 各講座担当者から

ここでは、各講座内容について、意向や目的などを各担当者から説明する。

(1) もの忘れ教室① 認知症のある人との関わり方

講師 認知症看護認定看護師 森本 早苗

私は認知症看護認定看護師を取得し、2011（平成 23）年 8 月からもの忘れ教室の講師担当になった。はじめは認知症の人の「健康について」を担当した。

もの忘れ教室に参加されるご家族は、認知症と診断されて間もない患者さんの介護家族である。そのため、認知症の基礎について学習するための会になる。もの忘れが増えてきたなとは思っていたところ、認知症と診断されたことで、これからどうなるのだろうと不安な表情で参加される方も少なくない。

もの忘れ教室が開始される以前から実施されていた「弘済院 家族の会」のはじめに行われているミニ講演の内容は、すでに応用編のレベルになっている面があった。またベテランの介護家族約 20 名の参加者で固定されており、新しい方が参加しても継続しにくいという意見もあった。そのため、いきなり「弘済院 家族の会」に参加するより、もの忘れ教室で認知症の基礎を学んだ方が、導入としてスムーズに「弘済院 家族の会」に参加し継続できるという効果が期待できることは重要な点であると考えている。

もの忘れ教室は少人数で開催し、相談の時間を持つようにしている。人それぞれで症状も違えば対応も変わるのが認知症介護である。一般的なケア方法だけでなく、今、認知症と診断されたばかりのご家族の不安を傾聴し、実際に困っていることについて一緒に考える時間も作っている。

私が担当する「認知症のある人との関わり方」については、一般的な認知症の困った症状の誘因と症状に対するケア方法をはじめ、「弘済院 家族の会」、もの忘れ外来の看護師として勤務していた時に伺ったご家族の実体験に基づく情報（困ったこと、対応として良かったことなど）からのすばらしい知恵を皆様に伝える気持ちでスライドを作成した。例えば、家から出て行って迷ってしまう患者さんのご家族は、毎朝今日の服装を携帯で写真を撮影しておく習慣をつけておくと、もし探すことになってもその写真が役に立つことなど、ご家族の経験に基づく情報は認知症介護の知恵の宝箱だと思う。私の病棟勤務の経験も踏まえて、夜間せん妄、生活リズムの大切さなど、ケアのポイントなども具体例を交えて随時追加しながら教室に参加されるご家族に伝えている。

「弘済院 家族の会」やもの忘れ教室に参加を希望されるご家族は、在宅介護を頑張っている方、病気についてインターネットの情報や書籍、テレビなどで学習している方も多く、教えていただくことや勇気をいただくこともあり、感謝しかない。

(2) もの忘れ教室② 認知症の人と家族のための福祉サービス

講師 相談員・保健師 中路 真由美

初めて認知症の診断がついて間もない方を想定して、介護保険の制度概要、使用可能なサービス、具体的な利用方法、将来必要となるサービス等について説明している。介護予防事業やその他の資源についても必要に応じて触れている。

当院は若年性認知症にも注力しているため、障がいがある方の手帳制度や障がい福祉サービス、自立支援医療、就労支援や、現在の仕事の休業に関する制度等の説明に対応している。

新型コロナウイルス感染症蔓延の影響で、現在は少人数開催で参加は1～2家族としているため、個別性が高い対応も可能である。すでに介護保険サービスをご利用の方の場合は、主に質問を受け付ける形とするなど、様々な介護段階・本人との関係性・年齢の参加者が必要な情報を得られるよう、臨機応変に内容を変更し、知りたい内容をお知らせできる教室を目指している。

診断を受けた方やご家族が、今後少しでも先を見通せるよう、必要な時に必要な制度が使えるよう、前もって情報提供できるよう心がけている。

また、サービスの利用の仕方によっては認知症の症状の進行を抑制する可能性があること、介護する生活の中でも家族自身の生活や人生を楽しむためにサービスを利用して良いこと、家族自身の生活が充実することが認知症の人自身にも良い影響となることなども伝えていきたい。

(3) もの忘れ教室③ 認知症という病気について

講師 もの忘れ外来医師 金本 元勝

「病気について」では、各疾患別に詳しく説明すると時間が不足するので、認知症の病気に関する正しい知識を広く浅く持っていただくことにした。外来での診療の流れやどのように診断されたのか、各検査の意義などを伝えた。老化と認知症の差異についても説明した。病気によっては10年以上にわたる付き合いを要するので長期的な展望について伝え、病気の各段階において必要とされる介護方法も説明した。介護家族の介護負担が高まることもあるため、施設入所を検討される頃合いと理由についてもお話した。薬の治療効果とその限界についても伝えた。

認知症の進行として受け入れなくてはならない症状（中核症状）と、対応の仕方や工夫で軽減可能な症状（行動・心理症状）との区別に関しては特に注意して説明した。実診療場面で、記憶障害など中核症状への対応に尽力されるも改善が認められず、疲弊する家族をよく見てきたからである。家族には効果の見込める症状の軽減へ取り組んでもらうことで成果を実感していただき、今後とも長い経過の中で介護を継続する意欲を維持していただきたいと考えている。本人も混乱や不安にとらわれる時間が減少することになる。この講座を受講後には患者本人と介護者とがお互いにWin-Winの関係が築ける「やり甲斐のある介護」の醸成を期待している。

資料作成上の意識した点

- 1疾患1枚にまとめる
- イメージがしやすいように具体性を持つ説明に努める
- スライドの構成（スライド自体はP.13～に掲載）

疾患としての「認知症」の定義

長期的な経過の流れ（3段階に進行を区分して、その状況を簡単に説明）

認知症になる代表的な各種疾患を簡単に説明

（アルツハイマー型認知症、血管性認知症、

レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、意味性認知症）

中核症状と行動・心理症状の区別

薬物療法・非薬物療法・適切なケア（身体介護）の3つのアプローチ

中核症状に対する3つのアプローチ、行動・心理症状に対する3つのアプローチ

（アニメの寸劇を提供して具体的なイメージを持っていただいた）

抗認知症薬4つの紹介（ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン）

治すのではなく、進行を遅らせるという機序の説明と薬剤の限界の説明

5. 当院作成資料

(1)みんなで持ち寄ったテーマ一覧

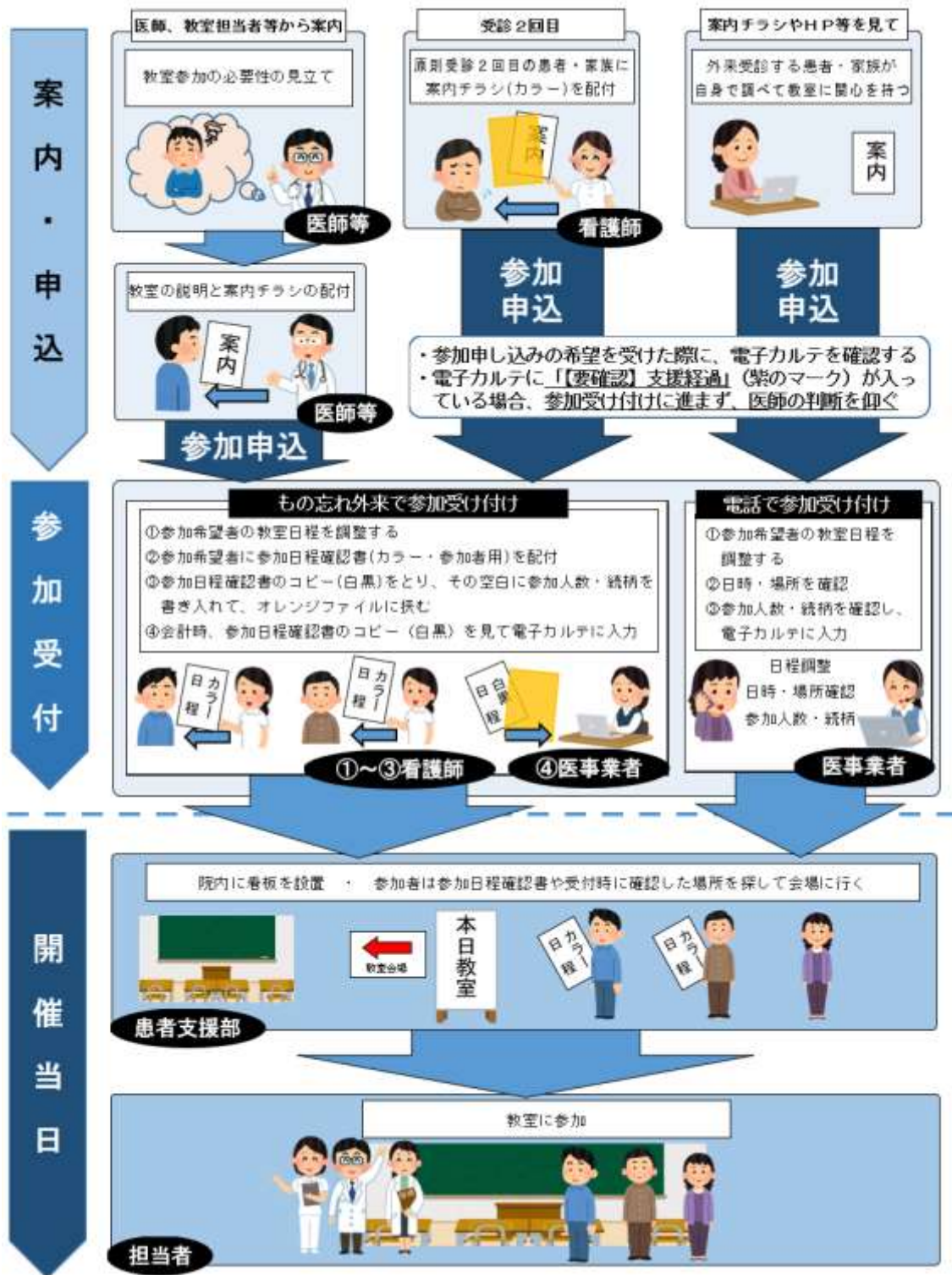
もの忘れ教室を実施するにあたり、どのようなテーマで行うのかを検討した。その際に持ち寄られたテーマについては次のとおりである。

これらのうちの一部は「弘済院 家族の会」等、他での話題提供が適切と判断されて、場を変えて提供した。また、院内研修会での資料にも活用して使用した。

医療編	・広く浅く認知症の病気について ・疾患別 少なくとも以下の4大認知症を含める アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症(意味性認知症・前頭側頭型認知症)
接遇編	・原則的な接し方や考え方 ・症状や訴えに応じた対応のコツ 繰り返し聞いてくる・説明する、繰り返す探し物、ものとられ妄想、幻覚、帰宅願望、徘徊、暴言・暴行、排泄の失敗、無気力、など
地域での支援	・相談先の紹介: 地域包括支援センター、家族会(地域・全国)、 ・暮らしの支援: ゴミ収集の手伝い、配食サービス、緊急通報サービス 迷子や徘徊に対する見守り制度、など ・各種グッズ紹介: タグ(Tag)の紹介(探し物用、迷子用)、介護用スプーンなど器具や食器の紹介、食品を柔らかくする圧力器の紹介、など
施設・介護編	・施設関連: 施設の区別、用語の説明、平均費用、利用可能期間 利用する人の状態、生活イメージの共有、など ・介護保険関連: 申請方法・段取り、認定のおよその基準、など
社会制度編	・認知症の方が利用可能な各種制度の案内・申請の方法を紹介する ・精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療、高額療養制度や高額介護サービス費、高額医療・高額介護合算制度 ・福祉的な軽減制度の紹介(NHK 受信料、交通費の割引、など)
課税関連	・税の減免・控除枠の拡大(障害者控除、社会保険控除)
権利編	・施設利用料や介護利用料、おむつ代などの費用はどこに入るか? ・任意後見人・成年後見人・信託(家族信託)などの違い・限界・費用など ・法的な制限: 自動車運転の禁止(免許返納方法や相談窓口の紹介) 金融機関の引き出し制限 など
若年性認知症	・就労中など特有の条件に鑑みた社会制度の活用・調整の仕方 取得すべき認定の順序、有給休暇や傷病手当などの利用順序、年金の申請時期、など ・場合によっては職場の方へも諸制度への説明(ジョブコーチなど) 退職後に介護保険とは別の制度利用の提案 ・住宅ローン、生命保険の特約(支払い免除、一時金の支給)、子らへの各種支援制度の紹介

(2) 組織内運営のフロー図

もの忘れ教室参加へのつながり フロー



(3) ものわすれ教室のチラシ (表)

もの忘れ教室のご案内

認知症と診断された時…とまどいはありませんか？この病気について大切なことは、正しい知識を得ることです。テーマ・講師を3回に分けてお話をさせていただき、皆さまのお力になれるようお手伝いいたします。どのテーマからでも、何回でも参加できます。

認知症は、誰でもかかる可能性のある身近な病気です

認知症の原因となる病気

アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、血管性認知症 …など

認知症そのものによって生じる
中核症状

夕食を食べたことをわすれる 言葉が出てこない
目の前にある物が何かわからない
段取りや計画が立てられない
道具の使い方がわからない …など



生活の中でのストレス・負担
↓
心理の状態



さまざまな影響
↓
身体 の 状況
不適切な環境・ケア

二次的に生じる
認知症の行動・心理症状 (BPSD)

心理症状
うつ状態 意欲の低下 妄想 焦燥感 …など

行動障がい
徘徊 暴力 異食 昼夜逆転 …など

支援制度

認知症の人と家族のための福祉サービス

第2水曜・第4火曜日 12時45分～13時15分 院内会場

認知症疾患医療センター
相談員



介護保険サービスは
どうしたら利用できるの？



地域包括支援センターって
どんなところ？



介護の費用を軽減できる
制度はないのかな？



小規模多機能型生活介護って
どういうもの？





高齢者のための施設って
どんなものがあるの？

認知症の人とご家族が直面する困りごとは、医療、介護、経済、就労、社会参加、権利擁護など多岐にわたります。
 ご本人とご家族が、ともに健やかにその人らしい生活を過ごしていくために、どのような時期にどのようなサービスを活用できるのかをともに学びます。

(3) ものわすれ教室のチラシ（裏）

ケア



どこかに出て
いってしまう



同じことを
何度も言う



やる気がなく、
何もしなくなった

認知症のある人との関わり方

第2水曜・第4火曜日 13時15分～14時00分 院内会場

認知症看護認定看護師

認知症と診断されて、心配事や、介護の困りごとはありませんか？
教室では、認知症の基本的なかかり方についてお伝えします。
ご希望の方には、他の同じお立場のご家族との交流時間や相談時間も設けています。

医療



認知症はどんな病気？
アルツハイマー病とは違うの？



認知症になったら、
この先どうなっていくの？



「非薬物療法」って具体的に
何をしたらいいの？





認知症の薬には、
どんな効果があるの？



「脳トレ」や「計算ドリル」は
役に立つんですか？

認知症という病気について

第2水曜・第4火曜日 14時00分～15時00分 院内会場

もの忘れ外来
担当医師

外来診療の中ではわからなかったこと、診療後に気になりはじめたこと、その他の素朴な疑問など
“認知症に関する基本的なこと”について、医師がお答えいたします。
少人数の集まりですので、わからないところはお話の途中でもお尋ねいただいで大丈夫です。

お申し込み方法

当院のもの忘れ外来を受診されている方は、どなたでもご参加できます。
参加は事前申込制です。弘済院附属病院まで、ご連絡ください。

大阪市立弘済院附属病院 06-6871-8013

もの忘れ教室 認知症のある人との関わり方



大阪市立弘済院附属病院
認知症看護認定看護師

1

進行経過と知ることの意味

- ・ 介護者などが将来起こりうることへの精神的、生活的な準備ができる
- ・ その時期の症状に戸惑わず、適切な対応ができる
- ・ 進行に関連する要因を少なくすることで進行遅延を図ることができる
- ・ 予測した対応で二次合併症の予防ができる

2

認知症とは？

一度獲得された知的能力が持続的に低下し
社会的に支障をきたすようになった状態

3

認知症の原因となる疾患

- 神経変性疾患
 - アルツハイマー型認知症
 - レビー小体型認知症
 - 前頭側頭型認知症
- 脳血管障害型認知症
- その他

4

アルツハイマー型認知症

- 緩やかに発症しゆるやかに進行する
- 繰り返し同じことを言う
- おなじもので冷蔵庫をいっぱいにする
- お金の計算ができない
- 慣れた道で迷う

5

アルツハイマー型認知症のケア

- 認知症の治療薬
- アクティビティ、良好な人間関係、自立的な生活の遂行により認知症の進行を遅らせる援助をする
- 風邪・転倒・便秘などのちょっとした身体的不調や環境変化が認知症の急速な悪化につながりやすいので体調管理と安定した生活環境が重要である

6

アルツハイマー型認知症の症状



BPSD=Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

レビー小体型認知症

注意・覚醒レベルの変動がある

ありありとした幻視

パーキンソン症状（歩きにくい、転びやすい、動きが遅いなど）

向精神薬の副作用が出やすい

8

レビー小体型認知症のケア

- ・幻視や幻聴があるときは周囲を明るくするなど不安の除去につとめる。幻視の原因となる時計や鏡遺影などある場合は除去すると消失することがある
- ・パーキンソン症状（歩きにくい、転びやすい、動きが遅いなど）と共に認知機能や意識レベルの変動が大きいので、特に転倒転落に注意する
歩きはじめ・起立・移乗・方向転換などの諸動作はバランスを崩しやすいので注意深く見守り、介助する。アルツハイマー型認知症以上に身体的不調や環境変化が認知症の急速な悪化につながるので体調管理と安定した生活環境が重要である

9

前頭側頭型認知症（bvFTD）

- ・アルツハイマー病に比べて発症が若い傾向
- ・もの忘れよりも人格変化が目立つ
（おこりっぽくなったなど）
- ・同じものを食べる。同じものを料理する
同じものを買うなど特徴的な行動がある
- ・同じ時間に決まった行動をする
（道に迷わない傾向）

10

前頭側頭型認知症のケア

- 繰り返しの行動を遮らない、遮ると興奮を招きやすい
- 対応に困った繰り返しの行動を良い習慣に置き換える（ルーティン化療法）
- 他の人のものを食べたり、掻きこんで食べる傾向にあるので個別の対応が良い
- 認知機能・運動機能が保持されていることが多いので、個別でアクティビティプログラムを同じ時間・同じことを入れるとよい

11

意味性認知症(SD)

- 言葉の症状で発見され、進行すると bvFTD と類似した行動パターン
- 特徴的な言語症状（ミカンってなんですか？）
- 強迫的な常同行動
- 口唇傾向

12

意味性認知症のケア

- bvFTDの対応に準ずる
- 減っていく言葉の数にとらわれなくて、表情をつけた声かけを大切に
- 大いにしゃべること
- 時間や内容を示す実際に日々使用しているものの写真入りカードを活用する。品物、ジェスチャーで伝える
- 口唇傾向あり、異食につながるので環境整備が必要

13

認知症のBPSDの要因



14

認知症の程度と日常生活能力

	認知症の程度			
	正常	軽度	中等度	高度
社会活動	できる	できない	できない	できない
家庭内 自宅内	できる	できる	できない	できない
身の回り (衛生等)	できる	できる	できる	できない

資料：大阪市立弘済院附属病院中西亜紀より提供 15

BPSD（行動・心理症状）

- ・ 何故おこるのかさぐることが重要である
- ・ BPSDは認知症のある人の第2の言語
- ・ うまく表現できない意思の表れであったりする。SOSである！
- ・ そして、認知症に影響されない健康的な部分もあることを忘れないで

16

同じ事を繰り返して言う

- ・ 記憶障害のために新しいことが覚えられず
ついさっき聞いたことも忘れてしまいます
- ・ 繰り返しの確認はご家族には負担になりますが、
相手に確認をしているということはある程度、
物事を覚えていてあっているのかと、
不安になるから確認していると言えます

日程をカレンダー、メモに書いて予定
をわかりやすくする
初めて聴かれたつもりで対応しましょ
う家族のリフレッシュも重要です
デイサービスなど利用してみる
距離をつくることも必要かも



17

カレンダーの横に日めくりカレンダー



18

睡眠障害・不眠

- ・夜中にごそごそ、引き出しを開けたり閉めたり、片づけたりしている
- ・認知症の方は、昼夜の区別が付きにくく生活のリズムが崩れやすくなります
- ・昼間に日光にあたる。散歩なんかもいいでしょう
- ・夜中にごそごそ⇒



トイレに声掛けをしてみましょう

19

頻回にトイレに行く

- ・トイレに行ったことを忘れている
- ・失敗をしてはいけないという思い
- ・でも実は、膀胱炎だったり・・・
前立腺肥大症だったり



20

怒りっぽさ



- 自分の思いがうまく伝わらない時に怒りっぽさにつながります。やはり一番側にいる人になんとかしてほしいから訴える実は我慢に我慢を重ねてきている。
- 体調が悪い時もあります・・・
歯が痛い・・・風邪をひいてた・・・便秘・・・

「どうしたの？」と声をかけてみて下さい
必要時、薬物療法も主治医に相談しましょう
本人の嫌がることは無理強いせず、意向を確認する
時間をかえる 人をかえる

21

道に迷う、どこかに行ってしまう



- 近所の人やお店の人に本人の顔を覚えていただいて、一人で歩いている姿をみたら家族に連絡をお願いする。
- 最寄りの警察署にあらかじめ本人を連れ、写真をもって事情を説明しておく。
- 迷うことが頻回になったら、ケアマネージャーに相談して、短期入所（ショート・スティ）の実施を考える。
- 地域の行政に「徘徊高齢者SOSネットワーク」吹田市：高齢者等の衣服や持ち物に付けられる「みまもりあいステッカー」を配布、みまもりあいアプリ大阪市：見守りシール・アイロンシールのような制度があれば、登録しておく。
- 本人の名前や住所、連絡先がわかるものを必ず持たす。例えばバックの中や財布の中、洋服のポケットなどにそれを入れておく。靴の中敷きに連絡先を書いておく。
- GPS端末機を利用する。
- 毎朝、今日の服装がわかるように写真を携帯で撮影。

22

まぼろしがみえる

- ・ 現実には見えないものが見えたり（幻視）
聞えたりすること（幻聴）

「子供が歩いてる」
「子供なんていません」
と頭ごなしに否定してはいけませんが、
「いるわね」と同調もよくありません
「今はほら、どっかいったみたい、安心して」
と声かけ、電気を付けて少し明るくする



レビー小体型認知症でみられる症状でもある
本人も幻視のエピソードを語ることもできることが多い

23

意欲の低下

- ・ 怒りっぽさのように目立たないけど意欲がなくなり「いかない、面白くなかった」と楽しんでた趣味をやめてしまったり、外出が減ったり他者との交流を拒んだり
- ・ 無理なく楽しめる活動や趣味
- ・ スケジュール日課づくり
- ・ デイサービスなどを利用することで生活リズムを作る
運動のためのリハビリなどおすすめです



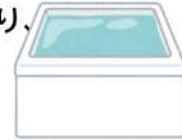
24

お風呂を嫌がります

お風呂を嫌がるようになった。

・デイサービスのお風呂も入らない。でも、移動支援の週一回のプールがプログラムに入っているのはいけている、シャワーもあり、入浴代わりになっている

・息子ならお風呂に入るので、遅くなるけど息子に頼んでいる
デイサービスは嫌がったが、**銭湯**なら入るので息子に頼んでいる
大きな施設のデイサービスのお風呂は嫌がったが、今は**小規模多機能施設のデイサービスのお風呂**は入るようになって助かっている



・シャワーが難しい。蛇口をひねると水からお湯に変わるが、水でビックリして怒ってしまったり、シャワーヘッドの向きを合わす、水力を合わすのが難しい



→ **湯船にお湯ををはって、手桶、洗面器で**

お湯をくんで洗ってもらってます

ボディソープのポンプを押すのが難しいので昔ながらの石鹸にしています。

頭髮と全身が洗えるボディシャンプーを使う

25

日常生活で困ったことの対応方法

26

料理ができなくなった

Q味付けがおかしい

冷蔵庫に同じ材料が一杯ある。同じ料理ばかり

A少しのサポートが必要です

散歩がてらお買い物に付き添ってみませんか

レシピは簡単な物を用意すること

必要な量だけの材料をご家族が用意する

ただし、火の元の管理が難しくなったら、

安全装置・センサー付きのガスコンロ

電磁コンロに変えたほうがいいでしょう

ただしIHにするなら早期に慣れていないと難しい



27

電化製品が使えなくなった

- いろいろな便利な機能がたくさん付いた電化製品はかえって使いにくいようです。新たに購入する時は使いやすい、単純なスイッチの物をさがしましょう
- スイッチに番号を貼りつけましょう。初めはご家族と一緒に使う
- 電話は良く使う番号をワンプッシュ設定にして
①娘②息子とわかるところに貼る



28

薬の飲み忘れが増えた

Q 飲んだか飲んでないかわからないから、
どうもまた飲んだようだ。血圧の薬
や糖尿病のくすりなどあるのにどうしよう

A 薬局で1包化する
1日分だけ箱に入れて用意する
日付と朝・昼・夕と薬の袋に記載する
服用後は空袋を箱に残しておくことで
飲んだこと
を解りやすくするのも一案
日めくりカレンダー式 薬カード



29

日めくりカレンダー式のお薬管理



30

時々下着が汚れている

Q 下着が汚れている。さらに、時々汚したのが恥ずかしくてタンスに汚れた下着をかくしてる

A 恥ずかしいので隠している。絶対に汚れていることを怒らないこと。指摘しない。さりげなくかたづけて、トイレに声かけして失敗回数が減るようにさりげなく援助

ドラッグストアに色んな尿取りパッドがあるのでためしてみる

トイレにパッドを流す心配があるときには、布製の失禁ショーツを使用してみる

男性用 女性用あり



31

事例

もしかして盗ったんじゃない？

もの盗られ妄想の対応について

32

Aさん

「ここに置いていた財布がみつからないのよ。
あなた盗ったんじゃない？いつも無くなって！」

このAさんをどう感じますか？

えっ！
お金がなくなっ
た！



33

考えてみましょう

「盗られた」という訴えるAさんは、
どのような気持ちなのでしょう？
Aさんの気持ちになって
考えてみましょう



34



もの盗られ妄想とは

- 財布や通帳など大切な物を置いた場所を忘れてしまって、間違いを指摘されるなど、自分が悪くないという不安から人が盗ったということになってしまいます
- 認知症のある方にとっては事実である。
- **記憶障害**からそのようなことが頻繁に起こります
酷くなるとご近所にいいふらてしまったり・・・



36

どのように対応したら

- 「そうですか、困りましたね、一緒に探しましょう」
- 「お茶でものみますか？」と切り替える
- 通帳の本物は家族が預かり、予備を作る方法もあります
- 探す時は家族が先に見つけないようにしましょう。家族がみつけても、本人が見つかるように導きましょう。そして、みつかったら、「あってよかったね」と喜び合いましょう



37

ポイント

原因を探る

- 記憶障害・見当識・判断力の程度など、中核症状の進行度に応じた、対応をする
- もの盗られ妄想の犯人あつかいはそばで熱心に介護している人に向けられやすい
- 自分の側にいる人とわかっているから、疑ってしまうのです

38

ご家族の健康も大切です



41

ご家族からのサイン

- 私は介護で辛い思いをしたことがない
- 私の人生は〇〇の介護にささげる
- 介護をするために退職します
- 私は誰の手も借りずに独りで
介護しなければならないと思った
ことはないでしょうか？



2

ご家族の体調は？

- ご家族の体調管理も大切です
- 介護をしていると自分のことは二の次になっていませんか？
- 相談する相手はいますか？
- 無理をしていませんか？



43

認知症のある人・ご家族のために



44

認知症の人と 家族のための福祉サービス



大阪市立弘済院附属病院
認知症疾患医療センター
相談員

1

ご家族の皆さま

介護する家族自身が健康であること、心豊かに生活を送ることが、より良い介護を継続するうえで、とても大切です。ストレス、過労が溜まっていると、落ち着いた判断や対応がしづらくなりがちで、高齢者ご本人の病状にも影響します。介護を受ける高齢者のためにも、時々ご自身に問いかけてみてください。

「頑張りすぎていませんか」

「一人で抱えすぎていませんか」

「あなた自身を大切にしていますか」



制度をよく知り
活用して
みませんか

2

- 高齢者の心身の機能の変化、病気の特徴を理解する
- 家族自身の健康管理に努める
- ストレスを溜めず、楽しみを持つ
- 一人で抱えず、他の家族と分担する
- 危険なこと以外は見て見ぬふりもするなど、自分なりの基準を持って関わる
- 本人が自分でできることは、口は出しても手は出さない
- 介護について本音を語り合える仲間とのつながりを大切にする
- 「介護サービス」を積極的に活用する

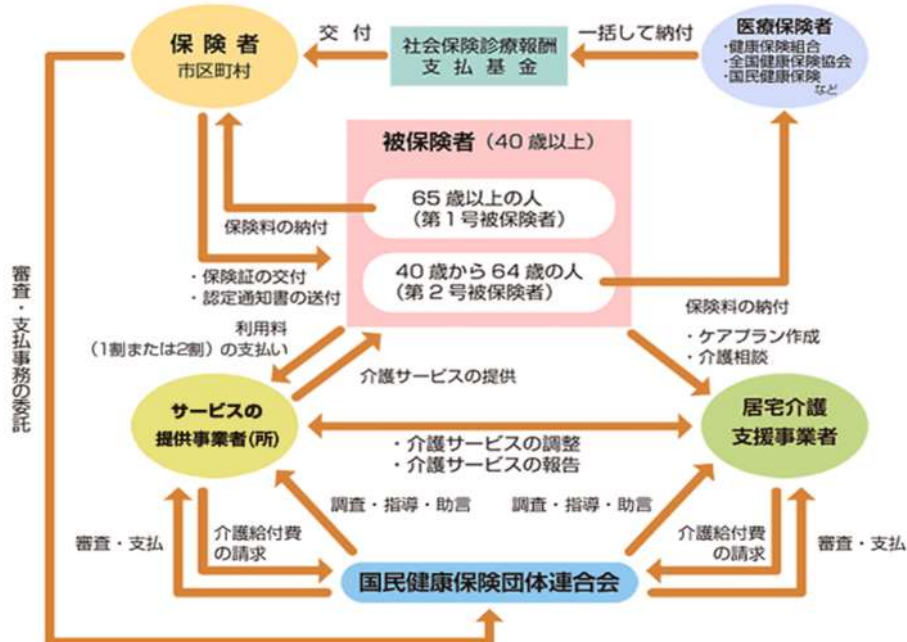
3

主な高齢者福祉サービス

- A 介護保険サービス
- B 日常生活自立支援事業
- C 成年後見制度
- D 家族会など

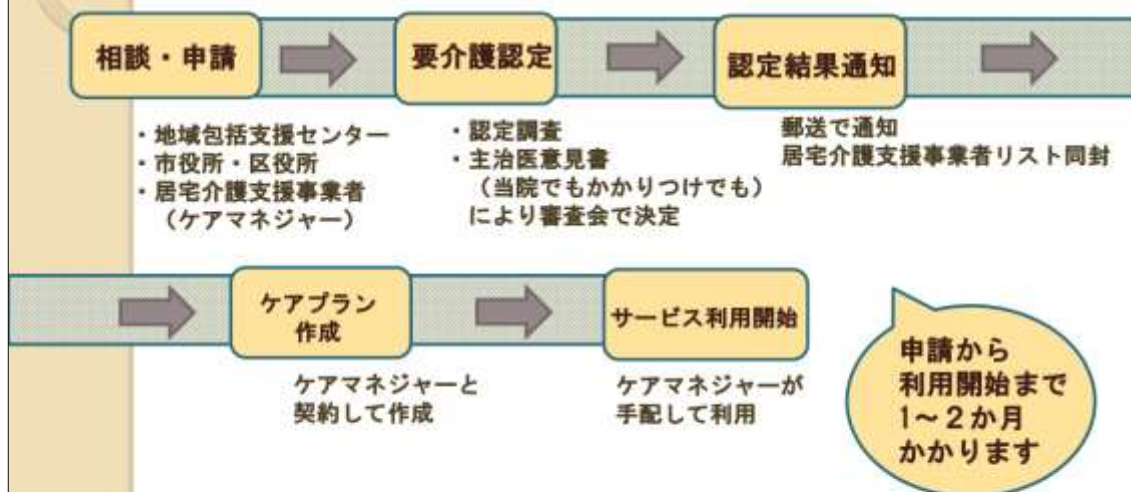
4

A 介護保険サービスについて



5

介護保険を利用するには



6

介護認定（介護度の状態）とは

要支援 1

・日常の基本動作はほぼ自分でできるが、家事や買物などに支援が必要な状態

要支援 2

・要支援1よりわずかに能力が低下、何らかの支援が必要な状態

総合事業
サービス

介護予防
サービス

要介護1

立ち上がりや歩行に不安定さが現れ、入浴や排せつに一部介助が必要

要介護2

自力での立ち上がりや歩行、入浴や排せつなどに一部または多くの介護が必要

要介護3

立ち上がりや歩行、入浴や排せつ、衣服の着脱などに多くの介助が必要

要介護4

介護なしに日常生活を送るのが困難。入浴、排せつ、衣服の着脱に全面的な介助が必要

要介護5

日常生活のほぼ全て、身の回りの世話全般において介助が必要

7

サービス利用できる人



第1号被保険者

- ・65歳以上
- ・原因を問わず、要支援・要介護認定を受けた人



第2号被保険者

- ・40歳以上65歳未満（医療保険加入者）
- ・特定疾病により、要支援・要介護認定を受けた人

8

特定疾病は次の16種類です

※老化が原因とされる病気



- | | |
|--|--|
| ① がん | ⑩ 早老症 |
| ② 関節リウマチ | ⑪ 多系統萎縮症 |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症（ALS） | ⑫ 糖尿病性神経障がい、
糖尿病性腎症
及び糖尿病性網膜症 |
| ④ 後縦靱帯骨化症 | ⑬ 脳血管疾患 |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 | ⑭ 閉塞性動脈硬化症 |
| ⑥ 初老期における認知症 | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑦ 進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症
及びパーキンソン病 | ⑯ 両側の膝関節または股関節に
著しい変形を伴う変形性
膝関節症 |
| ⑧ 脊髄小脳変性症 | |
| ⑨ 脊柱管狭窄症 | |

9

認定調査を受ける際のポイント

- ・ こまめにメモをとっておきましょう
（日頃の困りごと/日頃の介護の内容/
認知症の方の日頃の行動/日による変動）
- ・ 家族も同席しましょう
- ・ できるだけ具体的に介護の
手間を伝えましょう
- ・ ありのままを伝えましょう



10

認定の更新

自動更新されません！
有効期限が切れると全額
自己負担になるため要注意！

- 認定の有効期間は新規では原則6か月
更新の場合は原則12か月
(心身状態によって48か月まで延長、3か月まで短縮
される場合あり)
- 有効期間満了の日の60日前から更新申請が
できる
- 心身の状態が変化した場合、残りの有効期間に
関わらず、いつでも区分変更の申請ができる
(市区町村申請窓口にて区分変更申請、または
地域包括支援センターに相談を)

11

ケアプランの作成



どのようなサービスを、どこで、どのくらい利用
するのか「ケアプラン」を作成し、介護保険
サービスを受ける

施設入所：施設に申し込み

在宅サービス：ケアマネージャー

介護予防：地域包括支援センター (要支援)

12

利用者負担について

(令和7年2月現在)

1 割負担 (90%以上の方があてはまる)

本人の合計所得金額160万円未満または、
年金収入+その他の合計所得金額が単身世帯で
280万円未満、または2人以上世帯で346万円
未満

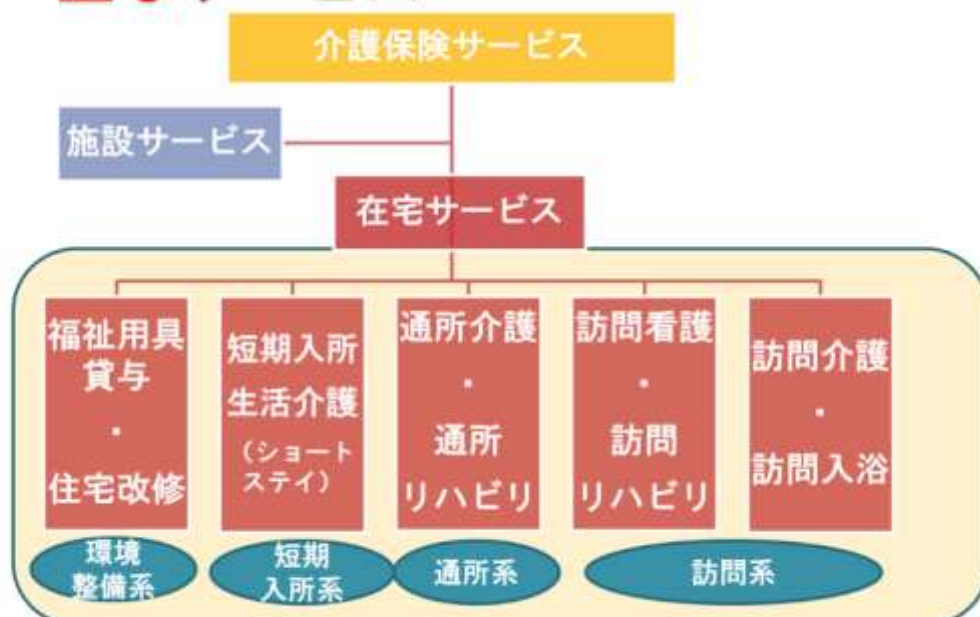
2 割負担 ⇕ (この間)

3 割負担

本人の合計所得金額が220万円以上かつ
年金収入+その他の合計所得金額が単身世帯で
340万円以上、または2人以上世帯で463万円以上

13

介護保険で提供される 主なサービス



14

訪問系サービス



- 訪問介護「ホームヘルプサービス」
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション

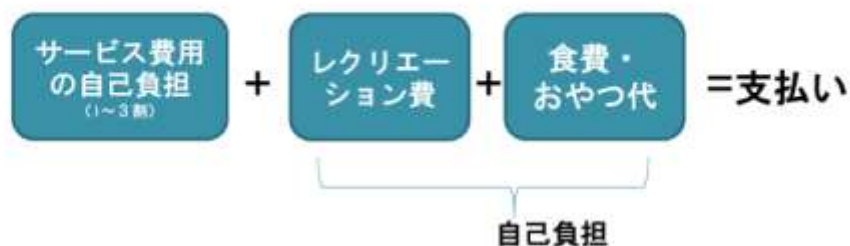
医師の
指示書
により
定期訪問

15

通所系サービス



- 通所介護（デイサービス）



- 通所リハビリテーション（デイケア）
介護老人保健施設や医療機関など

16

短期入所系サービス (ショートステイ)

- ・ 短期入所生活介護

- ・ 短期入所療養介護
(医学的管理あり)



- ・ 地域密着型サービス
： 小規模多機能型居宅介護
(通所、訪問、宿泊を組合せて利用可)

17

福祉用具の貸与・購入

- ・ 要介護度によって対象品目が違うので、注意が必要
- ・ 指定を受けた業者から購入する
- ・ 購入は1年間10万円上限(うち1～3割が自己負担)

【貸与】 車椅子・特殊寝台・床ずれ防止用具・体位変換器・
認知症老人徘徊感知装置・移動用リフト・
自動排せつ処理装置・手すり・スロープ・歩行器・
歩行補助つえ

【購入】 腰掛便座・自動排せつ装置の交換部品・
排泄予測支援機器・入浴補助用具・
簡易浴槽・リフトのつり具部分



18

住宅改修



- 改修前に事前に申請し、改修を行う
※地域包括支援センター、
ケアマネジャー等に、事前によく確認を！
- 利用限度額20万円（うち1～3割が自己負担）
- 介護段階が3段階以上上がった時や転居した時は再度申請ができることがある

手すりの取付け・段差解消・滑り防止等床路面の
材料変更・引き戸への扉取替え・便器の取替え
（以上の工事に付帯して必要と認められる工事）

地域密着型サービス



原則として所在市町村の住民
のみが利用できるサービス（一例）

認知症対応型
通所介護

通所

小規模多機能
型生活介護

通所

宿泊

訪問

認知症対応型
共同生活介護

グループ
ホーム

小規模多機能型生活介護



21

他にも、地域密着型には様々なサービスがあるので、ぜひ、お住まいの地域の状況を確認してみてください

特定施設 入居者生活介護

有料老人ホーム等でヘルパー等のサービス

介護老人福祉施設 入所者生活介護

介護老人福祉施設等でヘルパー等のサービス

地域密着型 通所介護

定員18名以下の
デイサービス

定員29名以下の施設



22

施設サービス



介護老人福祉施設
(特別養護老人ホーム)

介護老人保健施設
(老健)

介護医療院

特定施設入居者
生活介護
(有料老人ホーム・
軽費老人ホーム入所者等)

23

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)



常に介護が必要な方の入所を受け入れ、
入浴や食事などの日常生活上の支援や、
機能訓練、療養上の世話などを提供

介護老人福祉施設は、要支援1・2の人は利用
不可、新たに入所する要介護1・2の人も**やむを
得ない理由がある場合**以外は基本的には利用
できません

老人福祉施設を利用する時には、施設
サービス費の他、居住費・食費・日常生活費
などがかかります

24

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 入所対象「特例入所の要件」とは

- ・ 認知症である者であって日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられること
- ・ 知的障がい、精神障がいにより //
- ・ 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家族による支援が期待できず、かつ、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分であること

他

大阪府指定介護老人保健施設等入所選考指針より
(次別表含む)

25

(参考) 基本的評価基準

	施設入所者等の在宅サービスの みなし利用率		—	—	25	—	—	
	在宅サービスの利用率 ※1		90%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満	
本人及び世帯の状況			評価点	35	30	25	20	15
要介護5	単身世帯	60	95	90	85	80	75	
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	55	90	85	80	75	70	
	その他の世帯	50	85	80	75	70	65	
要介護4	単身世帯	50	85	80	75	70	65	
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	45	80	75	70	65	60	
	その他の世帯	40	75	70	65	60	55	
要介護3	単身世帯	40	75	70	65	60	55	
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	35	70	65	60	55	50	
	その他の世帯	30	65	60	55	50	45	
要介護2 (特例入所 対象者)	単身世帯	30	65	60	55	50	45	
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	25	60	55	50	45	40	
	その他の世帯	20	55	50	45	40	35	
要介護1 (特例入所 対象者)	単身世帯	20	55	50	45	40	35	
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	15	50	45	40	35	30	
	その他の世帯	10	45	40	35	30	25	

* 地域性加算同一市町村内 5点 隣接市等 3点

26

介護老人保健施設（老健）

在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供

入所期間はおおむね3か月

介護老人保健施設は、要支援1・2の人は利用不可



27

介護医療院

長期の療養が必要な方に
「日常的な医療ケア」

：投薬や検査、喀痰吸引、点滴、ターミナルケア、
看取り、リハビリ 等

に加えて「介護サービス」

：日常生活上の介護やレクリエーション活動 等
も行う。

要支援1・2の人は利用不可。



28

特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等)

可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供



29

特定施設入居者生活介護の種類

養護老人ホーム

- ・ 経済的な理由で入所する
公的施設



介護付き有料老人ホーム

- ・ 自立している方から、要介護度が高い方まで幅広く利用できる民間施設

ケアハウス(軽費老人ホーム)

- ・ 65歳以上及び要介護度1以上の方が利用できる公的施設

サービス付き高齢者向け住宅

- ・ 自立している方から、要介護度3までの方が利用できる民間施設

30

[地域密着型サービス：地域に密着した小規模な施設等]

認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)

認知症の利用者を対象にした専門的なケア

家庭的な環境と地域住民との交流の下で、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などのサービスを提供

1つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が、介護スタッフとともに共同生活を送る

介護予防認知症対応型共同生活介護は、要支援1の人は利用できません



31

施設入所費用の例（目安）

*実際の費用等は施設にお問合せください

施設の種類	入居一時金	月額利用料の目安
介護老人福祉施設（特養）	—	3～10万円
介護老人保健施設（老健）	—	3～10万円
介護医療院	—	3～15万円
介護付有料老人ホーム	0～1億円	10～40万円
住居型有料老人ホーム	0～1億円	10～40万円
サービス付き高齢者向け住宅	0～数十万円	8～25万円
グループホーム	0～百万円	12～18万円

32

介護保険にかかる費用の軽減等

※役所窓口に申請必要

＜介護保険負担限度額認定＞

介護保険施設に入所または短期入所の際、所得や資産等が一定以下の方に対して、居住費と食費の支払いに限度額が設定される。

＜高額介護（介護予防）サービス費＞

月々の利用者負担額（福祉用具購入費等一部を除く）の世帯の合計額が所得に応じて区分された上限額を超えた場合、その超えた分が払い戻される。

＜高額医療・高額介護合算制度＞

同じ医療保険の世帯内で、医療と介護両方の負担が長期間重複し、その合計が、所得に応じて決められた限度額（年額：毎年8月から翌年7月末支払い分）を超えた場合、その超えた分が払い戻される。



33

医療費控除の申請について

1年間に支払った医療費の合計が一定の金額を超えた場合に、所定の金額分の「所得控除」を受けることができる制度。

生計を共にする家族のぶんも合算できる。

医療費控除額の計算方法

1年間の医療費の総額 — 保険金などで補填される金額 — 10万円 ※

※10万円または所得の合計額の5%（どちらか低い方）を引く

確定申告が必要。

領収書は捨てずにとっておきましょう。



34

対象となる医療費例



- ・ 病院や歯科医院での治療費
- ・ 治療のために購入した薬の代金（市販薬も可）
- ・ 病院や介護施設などへの交通費（電車代やバス代など。タクシー代はやむを得ない場合のみ）
- ・ けがや病気の治療のためのマッサージ、はり、お灸などの費用
- ・ 入院や自宅療養をしている病人の付き添いを頼んだ場合の付添料（家族や知り合い等は不可）
- ・ 介護保険制度にもとづいて受けた一定の介護サービスの自己負担額
- ・ おむつ代



35

あなたの地域の相談先 地域包括支援センター



市町村が設置主体となり、保健師（看護師）・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民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、地域の住民を包括的に支援することを目的としています。

お住まいの住所によって、担当の地域包括支援センターが異なります。

【主な業務】

- 総合相談支援業務
- 権利擁護業務（虐待防止・成年後見制度）
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（ケアマネ支援）
- 介護予防ケアマネジメント業務

他

36

B 日常生活自立支援事業とは

判断能力が不十分な認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等が、地域で自分らしく自立した生活を送ることのできるよう金銭管理等を支援する

【援助内容】

- *福祉サービスの利用援助（窓口の同伴等）
- *日常の金銭管理サービス
（預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れ等）
- *書類等の預かりサービス



など

吹田市の窓口：吹田市社会福祉協議会
06-6339-5700

大阪市の窓口：（あんしんサポート事業）
各区社会福祉協議会が窓口

37

C 成年後見制度

①任意後見人

将来、自分の判断能力が衰えた時に備えて、あらかじめ支援者を選んでおきます。



②法定後見人

既に判断能力が衰えている方のために家庭裁判所が適切な支援者（弁護士、司法書士、社会福祉士、親族等）を選ぶ制度です。

本人に代わり、財産管理や契約行為を行います。

できないこと：家事援助や介護、医療行為の同意、身元保証人等

後見	・判断能力が欠けている状態
保佐	・判断能力が著しく不十分
補助	・判断能力が不十分

相談窓口：けんりサポートすいた（吹田市）06-4860-6776

大阪市成年後見支援センター（大阪市）06-4392-8282

38

D 家族会など

介護をしている仲間と共感し合うこと、
学び合うことは、とても大切です



【家族会】

◆大阪市家族介護の会連絡会

06-6765-5606

◆吹田コスモスの会（認知症家族の会）

06-6339-1205

◆（公益社団法人）認知症の人と家族の会 大阪府支部

06-6626-4936

◆弘済院家族の集い

月1回 13時30分～14時30分（予約制）

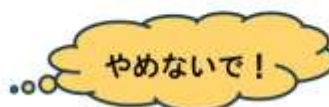
39

その他 若年性認知症を支える制度

- ・ 自立支援医療
- ・ 障がい者手帳
- ・ 障がい自立支援サービス
- ・ 障がい年金・傷病手当 等

お住まいの自治体の障がい福祉担当部門や、
障がい者相談支援センター等が相談窓口になります。

就労中から申請可能。



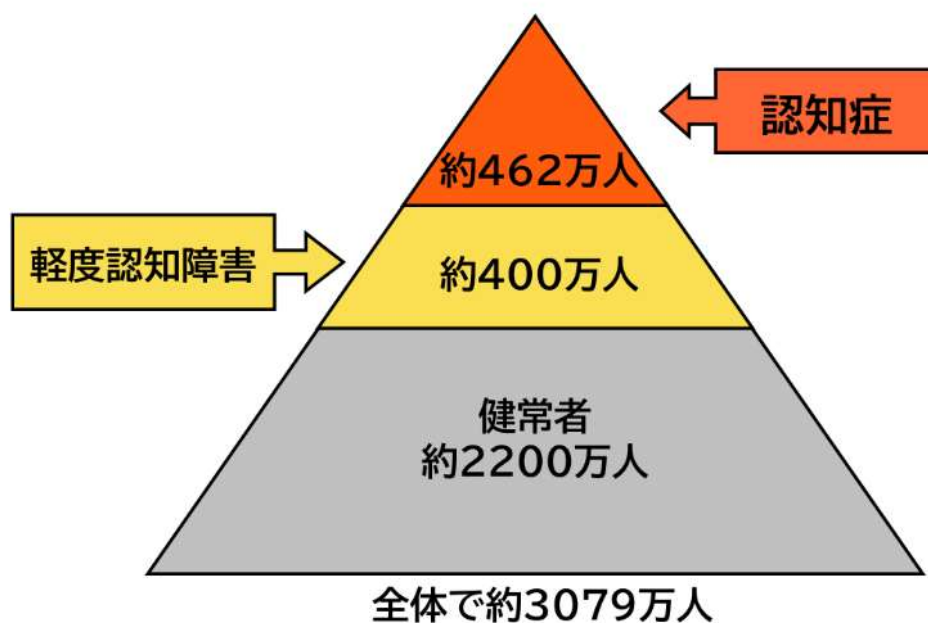
40

もの忘れ教室③

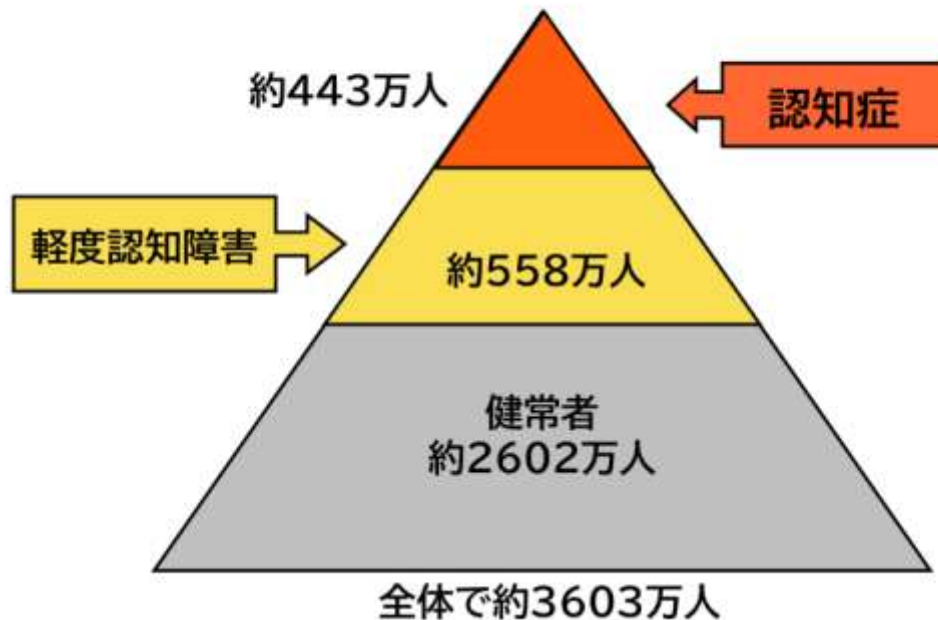
認知症という病気について

大阪市立弘済院附属病院
もの忘れ外来 医師

認知症高齢者の現状（平成24年）



認知症高齢者の現状（令和04年）

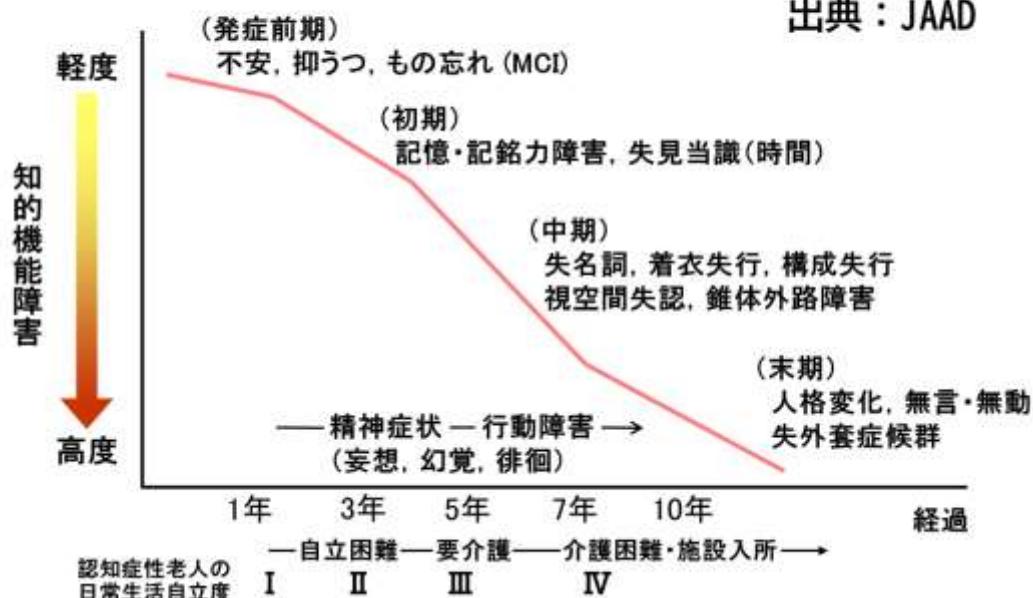


認知症とは？

一度獲得された知的能力が持続的に低下し
社会的に支障をきたすようになった状態

認知症の経過を追った症状の変化

出典：JAAD



アルツハイマー型認知症の重症度と症状

臨床診断	臨床的特徴	MMSE	HDS-R*
軽度	・年月日の感覚が不確か《時間の見当識障害》 ・夕食の準備や買い物(必要な材料、支払い)で失敗する	19.6 ±3.9	19.1 ±5.0
中等度	・近所以外では迷子になる、買い物を一人でできない《場所の見当識障害》 ・季節に合った服、釣り合いの取れた服が選べず、服を揃えるなど介助が必要 ・入浴を忘れることがあるが、自分で体を洗うことができ、お湯の調節もできる ・自動車を安全に運転できなくなる ・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わりが必要になる	14.4 ±4.1	15.4 ±3.7
高度	・配偶者や子供の顔もわからない《人物の見当識障害》 ・家の中でもトイレの場所がわからない ・寝巻きの上に普段着を重ね着してしまう ・ボタンをかけられなかったり、ネクタイを結べない【着衣に介助が必要】 ・お湯の温度や量の調節ができない ・体をうまく洗えない ・風呂から出た後、体を拭くことができない【入浴に介助が必要】 【尿・便失禁】 ・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。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【言語機能、語彙の衰退】 ・ゆっくりした小刻みの歩行で、階段昇降に介助を要する【歩行能力の衰退】	8.7 ±3.9	10.7 ±5.4

Reisberg B et al. Special Research Methods for Gerontology. Baywood, 195-231 (1989)より改変
※加藤伸司、長谷川和夫ほか老年精神医学雑誌2:1339-1347(1991)

平均値±標準偏差
監修：東京都老人総合研究所 本間 昭 住友病院 神経内科 宇高 不可思

認知症の程度と日常生活能力

	認知症の程度			
	正常	軽度	中等度	高度
社会活動	できる	できない	できない	できない
家庭内 自宅内	できる	できる	できない	できない
身の回り (衛生等)	できる	できる	できる	できない

認知症という病気には
どんな種類があるの？

認知症の原因となる疾患

- ・ アルツハイマー型認知症(AD)
- ・ 血管性認知症(VaD)
- ・ レビー小体型認知症(DLB)
- ・ 前頭側頭型認知症(bvFTD)
- ・ 意味性認知症(SD)
- ・ 神経原繊維変化型老年期認知症(SD-NFT)
- ・ アルコールによるもの、甲状腺機能低下症、
栄養障害、薬物中毒
- ・ 慢性硬膜下血腫、特発性正常圧水頭症、脳腫瘍
- ・ その他

認知症と間違われやすいもの

- ・ 体調の不良、持病の悪化
例 糖尿病の悪化、心不全の悪化、
喘息の悪化、肺炎、脱水症、 など
- ・ 一時的なせん妄状態
- ・ 発達障害

認知症の原因となる疾患の割合



アルツハイマー型認知症(AD)

- ・ 特徴
記憶障害が主体となった認知機能障害
- ・ 緩徐に発症し進行する（年単位）
- ・ 原則的に手足の障害はない
- ・ 頭部画像では海馬の萎縮が特徴的
- ・ 様々な治療薬が開発中

血管性認知症(VaD)

- ・ 特徴

人格変化、抑うつ状態、病的泣き笑い、呂律困難、歩行障害(左右差あり)、尿失禁、麻痺や痺れ

- ・ 脳梗塞など、悪化の時期が比較的明瞭
- ・ 生活習慣病や心疾患を持つ人が多い
- ・ 脳梗塞だけでなく、脳出血や低灌流を含む
- ・ 脳は部位によって担当する能力が定まっていて、どんな脳障害でも認知症になるわけではない
- ・ 予防が重要

レビー小体型認知症(DLB)

- ・ 特徴

認知機能障害の変動、パーキンソン症状(動作緩慢、筋強剛)、具体的な幻視体験、レム睡眠行動異常

- ・ 初期は記憶障害が目立たないこともある
- ・ 繰り返す転倒(踏ん張りきれない、顔面の受傷)
- ・ 薬に過敏(投薬調整が難しい)
- ・ SPECT/PETでは後頭部で脳血流低下
- ・ ドパミントランスポーターシンチグラフィーやMIBG心筋シンチグラフィーが診断に有用

前頭側頭型認知症(bvFTD)

- ・ 特徴

記憶障害よりも性格の変化や社会的行動の障害が目立つ(脱抑制、自発性の低下、強制・脅迫的な行動、共感の欠如、人の意見を聞かない、など)

- ・ 言動にブレーキがかかりにくい
- ・ 食事の嗜好変化、食事量の増進
- ・ 常同行動や保続
- ・ 前頭葉・側頭葉中心に大脳萎縮
- ・ 詳しくは大阪市のHPにパンフレットを載せています

意味性認知症(SD)

- ・ 特徴

記憶障害よりも言語の障害が目立つ(語彙の減少、特別な読み方がわからない、よく目にするものでも既知感がない、顔貌で人物の特定が難しい、など)

- ・ 単語の最初の1文字2文字を聞いても、ピンとこない
- ・ 復唱は可能で、発語も流暢、文法も間違えない
- ・ 進行すると前頭葉症状も伴うことがある
- ・ 片側の側頭葉中心に大脳萎縮
- ・ 詳しくは大阪市のHPにパンフレットを載せています

神経原繊維変化型老年期認知症(SD-NFT)

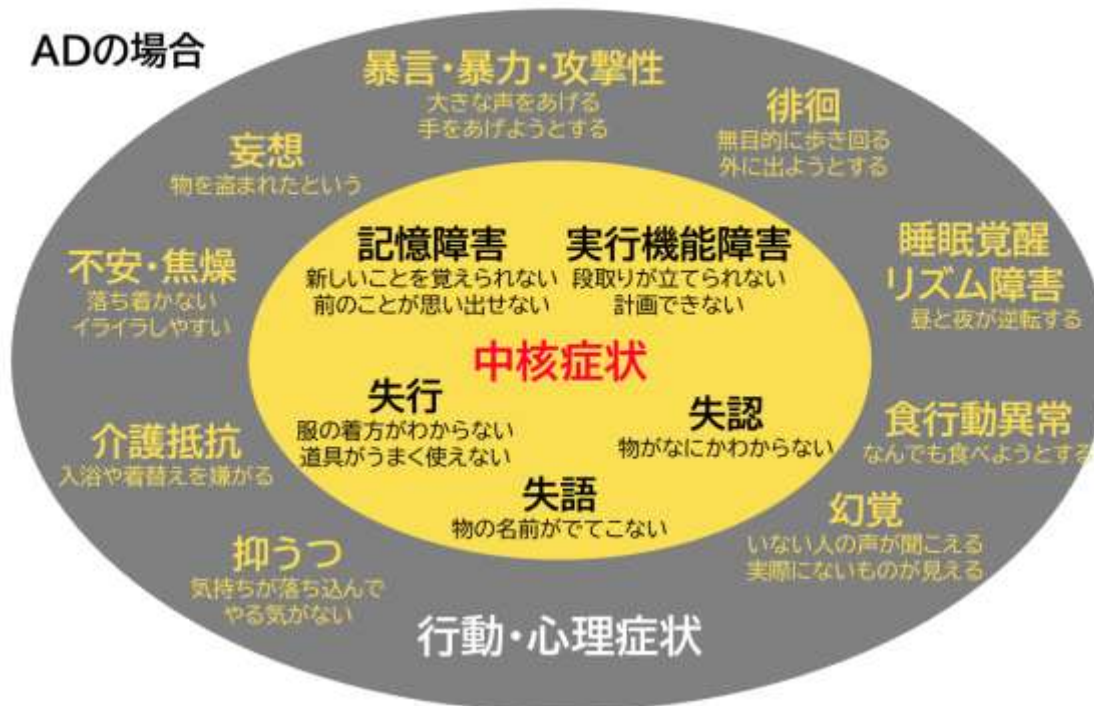
- ・ 特徴

超高齢で発症して非常に緩徐に進行する
記憶障害と失見当識が主体となった認知機能障害

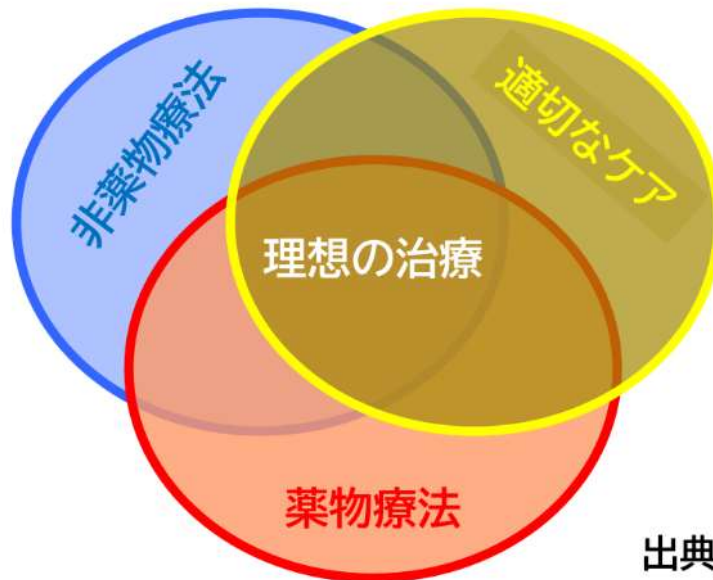
- ・ 80代以降で発症することが多い
- ・ アミロイドは蓄積していない
- ・ タウの病理変化のみで非常に緩徐に進行する
(アルツハイマー型認知症よりもさらに緩徐)
- ・ 海馬の萎縮が特徴
- ・ 治療薬はまだない

中核症状と行動・心理症状

ADの場合



認知症治療の3つの輪



出典: JAAD

①中核症状－認知機能の障害

- 最近の記憶、見当識、道具や物の使い方、状況理解や理性的な判断、習慣等がよくわからない
- 重症度は中核症状の進行度で定める
- 疾患の進行とともに増悪する

中核症状に対する薬物療法

- ・ 危険因子のコントロールで**予防的対応**
高血圧、糖尿病、脂質異常症など生活習慣病のコントロール、抗血小板薬・抗凝固薬など
- ・ 変性疾患等に**根本的治療薬はまだない**
症状進行を遅らせるための薬
(進行を止めたり、改善したりは難しい)

中核症状のリハビリ

- ・ 残存機能を活用することで
脳活動の活性化・自発性の奮起を促す
(**廃用性機能低下の防止**)
- ・ 回想法、音楽療法、園芸療法、芸術療法、
現実見当識訓練、動物介在療法、体操
など

認知症の廃用性機能低下

- ・ 廃用性:使用しないことで、機能が廃れていくこと
- ・ 認知症になると途端に何もできなくなる、という偏見／先入観、およびあきらめ



- ・ 社会的文化的影響もある

②行動・心理症状

- ・ BPSD(Behavioral and Psychological signs and Symptoms of Dementia)
- ・ 認知症の重症度とは関係ない
- ・ 活動性の高い／低いで大きく2つに分類
- ・ 混乱や不安を除き、和やかな人間関係と生活の場を整えることで軽減が可能

現在のお薬について

ドネペジル Donepesil

- アセチルコリンエステラーゼ阻害薬
- 治癒はしない、進行遅延の効果
- 日本では1999年からアリセプト®として販売
- 適応は軽度～高度まで幅広く、
レビー小体型認知症にも保険適応が認められ
- 1回／日服用
- 経口（錠剤、OD錠、細粒、ゼリー）、経皮（貼付）
- 主な副作用は悪心・嘔吐、心疾患・喘息は慎重に
- パーキンソン症状が増悪することもある

ガランタミン Galantamine

- アセチルコリンエステラーゼ阻害薬
- ニコチン性アセチルコリン受容体の感受性亢進
- 耐性が形成されにくいことが期待されている
- 日本では2011年3月から**レミニール®**として販売
- 適応は軽度～**中等度まで**
- 2回／日服用
- 経口（錠剤、OD錠、**液剤**）
- 主な副作用はドネペジルと同じ

リバスチグミン Rivastigmine

- アセチルコリンエステラーゼ阻害薬
- ブチリルコリンエステラーゼ阻害作用を併せ持つ
- 日本では2011年7月に、**イクセロンパッチ®**／**リバスタッチ®**として販売開始
- 適応は軽度～**中等度まで**
- 1回／日、**経皮**（パッチ）
- 主な副作用はドネペジルと同じだが、吸収が緩徐であることから消化器症状の発生率は低い
- 他に皮膚症状・掻痒感は比較的多い

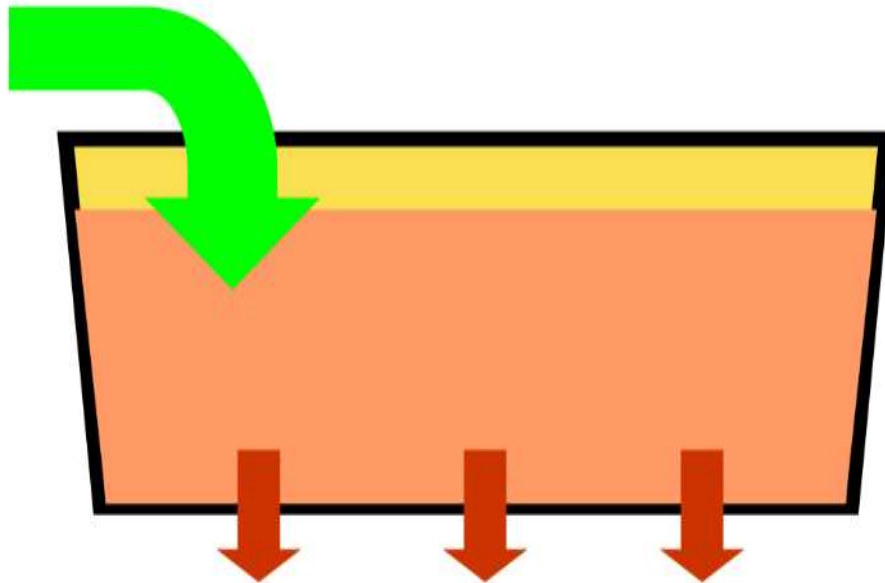
メマンチン Memantine

- NMDA(N-メチル-D-アスパラギン酸)
受容体拮抗薬
- グルタミン酸を調整し、神経細胞障害の進行を抑制
- 日本では2011年6月から**メモリー®**として販売
- 適応は**中等度～高度**
- 1回／日服用
- 経口(錠剤・OD錠)
- 主な副作用としては、めまい・ふらつき・眠気、など
- アセチルコリンエステラーゼ阻害薬との**併用が可能**

4製剤の比較とまとめ

アリセプト®	経口 経皮	1回	悪心 嘔吐	全病期	既知
レミニール®	経口	2回	悪心 嘔吐	軽～中	長期耐性 強い
リバスタッチ® イクセロンパッチ®	経皮	1回	掻痒 皮疹	軽～中	血中濃度 安定
メモリー®	経口	1回	めまい 眠気	中～高	他剤と 併用可

今、使える治療薬の仕組み



レカネマブ Lecanemab

- 抗アミロイド β 抗体薬(プロトフィブリルを除去)
- アミロイドの蓄積していない人には無効
- 治癒はしない、進行遅延の効果(27%の抑制効果)
- 適応は非常に軽度の人(MMSE 22点以上)のみ
- 点滴 1回／2週間で1年半
- 主な副作用は、脳浮腫や脳出血
- 課題

アミロイド蓄積の確認検査ができるところが少ない
処方できる医療機関の条件が厳しい
非常に高額(年300万円程度／年)

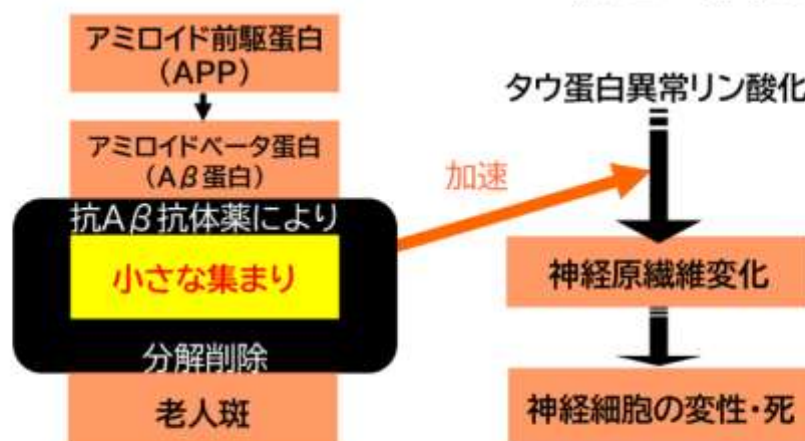
ドナネマブ Donanemab

- 抗アミロイドβ抗体薬(アミロイドプラークを除去)
- アミロイドの蓄積していない人には無効
- 治癒はしない、進行遅延の効果(29%の抑制効果)
- 適応は非常に軽度の人(MMSE 28~20点)のみ
- 点滴 1回/4週間で1年~1年半
- 主な副作用は、脳浮腫や脳出血
- 課題
アミロイド蓄積の確認検査ができるところが少ない
処方できる医療機関の条件が厳しい
非常に高額(年300万円程度/年)

(追加)

新薬 抗Aβ抗体薬の作用点

最近の仮説



(4) ものわすれ教室スライド集
もの忘れ教室 参加のお約束

もの忘れ教室

参加のお約束 皆様が安心してご参加いただくためのルールです

- 1 この場で話したこと・聞いたことは、決して外では話しません**
プライバシーを守りましょう
- 2 他の方のお話は、最後まで聞きます**
お話しされる時間配分は職員が調整します。長時間の独占はご遠慮ください
- 3 話したくない時は、無理に話さなくてかまいません**
パスもOKです

どうぞよろしくお願いします



大阪市立弘済院附属病院
認知症疾患医療センター

参考文献

- 1) 認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業 診断後支援対応事例調査委員会(2018)「認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集 Q&Aでわかる診断後の認知症の人とその家族の支援方法」
- 2) 認知症医療提供体制に関する調査研究事業検討委員会(2023)「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業報告書」
- 3) 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター(2018)「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業 報告書」

執筆者一覧(50 音順)

金本 元勝	弘済院附属病院 神経内科
中路 真由美	弘済院附属病院 患者支援部
森本 早苗	弘済院附属病院 看護部

2024(令和6)年3月作成

**弘済院 ～認知症の人とのあゆみ～
もの忘れ教室**

作成 2024（令和6）年3月

企画 大阪市立弘済院附属病院（認知症疾患医療センター）
大阪府吹田市古江台 6-2-1

発行 大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課（認知症施策グループ）
大阪市北区中之島 1-3-20

本書に関するお問い合わせ先

電話 06-6871-8013（大阪市立弘済院附属病院）
06-6208-8051（大阪市福祉局 地域包括ケア推進課）

*** 本書の無断転載を禁じます（非売品）**