

認知症診療マニュアル

一般診療所・クリニックの先生へ



宇治久世医師会

目次

はじめに	P2
1. 診療マニュアルの背景	P2
2. 最初に認知症の全体像をつかもう	P4
3. かかりつけ医は早期段階での気づき役に（早期診断1）	P4
4. 認知症の原因疾患	P5
5. 診療所でつかえる認知症診断ツール（早期診断2）	P7
質問式 MMSE と HDS-R	
観察式 DASC（地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート）	
H23 年度版宇治市「もの忘れ連絡シート」	
6. 地域包括支援センターとの連携（連携1）	P10
地域包括支援センター連絡先一覧表	
7. 居宅介護支援専門員との連携（連携2）	P12
8. 専門医への紹介と連携（連携3）	P12
認知症疾患医療センター連絡先	
9. 認知症初期集中支援チームへの紹介と連携（連携4）	P13
10. かかりつけ医か専門医か	P14
11. 認知症の治療について	P14
かかりつけ医のための BPSD に対応する 向精神薬使用ガイドライン	
12. 認知症の告知	P16
資料	
○資料1：DASC	P18
○資料2：H23 年度版宇治市「もの忘れ連絡シート」	P19
○資料3：かかりつけ医と宇治市認知症コーディネーターとの連絡票（試行版）	P20
○資料4：京都式オレンジプラン「10のアイメッセージ」	P21
○資料5：京都式認知症ケアパス概念図	P22
○資料6：画像でみる認知症4大疾患（病変の主座が異なる）	P23

はじめに

2013年12月11日、ロンドンでG8認知症サミットが開催され、G8各国（フランス、米国、英国、ドイツ、イタリア、カナダ、ロシア、日本）が共同して認知症問題に取り組むための「宣言」と「共同声明」に署名しました。ザ・タイムズは、「G8首脳は認知症の悲劇を終わらせる約束をした」と一面トップで報じています。

それに先だって、2012年4月にWHOから「認知症は公衆保健の最優先課題」と題する重要なレポートが公表され、2013年4月には画期的な世界宣言ができました。国際アルツハイマー病協会が発表した「世界認知症宣言」のことです。「私は認知症とともに幸せに生きることができる」(I can live well with dementia)。認知症の当事者を主語にした凛とした姿勢と肯定的な響き、そして「認知症とともに幸せに生きる」という爽やかな解放感に満ちあふれたメッセージは、私たちの認知症に対するイメージを根底から変えていきます。認知症を人類共通の課題と捉える潮流は、国を超え地域を越えて、この数年で不動のものとなりました。海外では「国家認知症戦略」が策定され、大統領・首相の指示のもとに中央政府と地方政府、官民一体となった取り組みが進められています。

翻って日本。京都では2013年10月に「京都式オレンジプラン」(認知症5カ年戦略)が公表され、認知症の人を主語にした「10のアイメッセージ」(巻末資料4)を掲げ、2018年3月の京都の姿を描きました。その実現には「新しい医療とケアの形」が必要となりますが、すでにそうした動きは始まっています。中心になるのは「ライフサポートモデル」という概念ですが、それを具現化した「京都式認知症ケアパス概念図」(巻末資料5)が作成されています。こうした流れに沿って、宇治では、2013年から「認知症カフェ」と「認知症初期集中支援チーム」が起動しています。どちらもこれまでの日本にはなかったものですが、要約すると「新しい場と機能」と表現できるかもしれません。

ライフサポートモデルは、認知症の本人と家族を医療とケアが両輪となってサポートしていく構想です。そのときの医療の中心は「かかりつけ医」の先生に担っていただくかねばなりません。そのためには、新しい動きもくみこんだ、日常診療の場をつかひやすい冊子が必要になります。そういったものを作りたいと思いました。このマニュアルは完成品にはほど遠い試作品ですが、使い勝手を検証していきながら改訂を重ねていく所存です。

1. 診療マニュアルの背景

認知症を専門としないかかりつけ医も認知症診療に積極的に参加すべきであると言われてます。その理由は、認知症とMCI(軽度認知障害)を合わせると860万人と言われるような患者の急増のみではありません。認知症の早期診断・早期対応が大変重要だからである、ということだと言われてます。それはがんに対して「がんの早期発見」が最も大切だと言うのと同じかもしれません。確かに、現在は私たちの社会が準備できている認知症ケアの大部分は中等度と重度の認知

症の患者に中心があり、初期で軽度の認知症患者に対するケアはほとんど手付かずの状態です。したがって初期の認知症の方に対して認知症ケアがないゆえ「この程度ならまだ（放置して）良い」と判断することは許されるかもしれません。

しかしそのような判断が時に取り返しのつかない生活の破綻と絶望を生んだことから、認知症の早期診断・早期対応を具体化させた「初期集中支援チーム」も生まれてきています。そのような大きな時代の流れから、私たちの社会は認知症の早期に立ち会う可能性のあるかかりつけ医に対して認知症診療に積極的に参加することを求めています。

ここでイギリスの National Dementia Strategy（認知症国家戦略）の中で紹介されている認知症患者や介護者の言葉を紹介します。

「総合医（GP）は、結局その名のとおり全てのことを専門にすることはできないのだけれど、病気としての認知症に対して普通の感性があるとは思えません。」

「（医者は）もちろんもっと訓練が必要です。それでも分からなかったら、精神安定剤を処方するのではなくて、神経科医か精神科医へ患者を回すべきです。」

「かかりつけのお医者さんはこう言っていました。『70歳を過ぎれば、少し忘れることもありますよ。』ってね。」

「ともかく、かかりつけ医の予約を取りました。いろいろなことでね。そこに行って症状を話している間、彼は馬鹿にしたような様子でした。」

「医者からは情報が十分にもらえません。その場を離れながら『これからどうしよう。ここからどこへ行こう。』と考えました。私は片手に処方箋を持ち、もう一方の手に血液検査の結果を持っていますが、主人の受けた CT スキャンの結果を教えてくれる人はいません。これから『主人』と向かい合うのは私なのに。」（介護者）

事情は私たちの社会も同じです。というよりかかりつけ医の認知症に対する認識の不足はおそらく世界共通なのでしょう。

皆さんにこのような経験はないでしょうか。

認知症かもしれないと考えながらその対応に躊躇していた患者が、あるときほとんど同伴しない家族と一緒に受診して、「最近うちのおじいちゃんの物忘れが・・・」と心配な口調で話を始めました。家族が同伴した時点で、私は大げさですが、身の凍る感覚が全身を貫き、同時に「しまった」という気持ちで一杯になりました。家族の話を聞きながら、「この家族には生活の破綻がすでに始まっている」と自分を責め、「おそらく認知症だろう、アルツハイマー病だろう」と最初に考えたときに動くべきだったと後悔しました。おそらく同じような経験をされた方もいらっしゃるのではないのでしょうか。



かかりつけ医がこのような形で、家族から相談を受ける時は、往々にしてその時はすでに患者は認知症初期でないことが多いと思います。家族からの相談の手前で認知症を疑わなければいけない場面がいくつかあったのに「年齢のせいだろう」「まだ治療やサービスには早いだろう」と判断を先延ばしにしてきました。

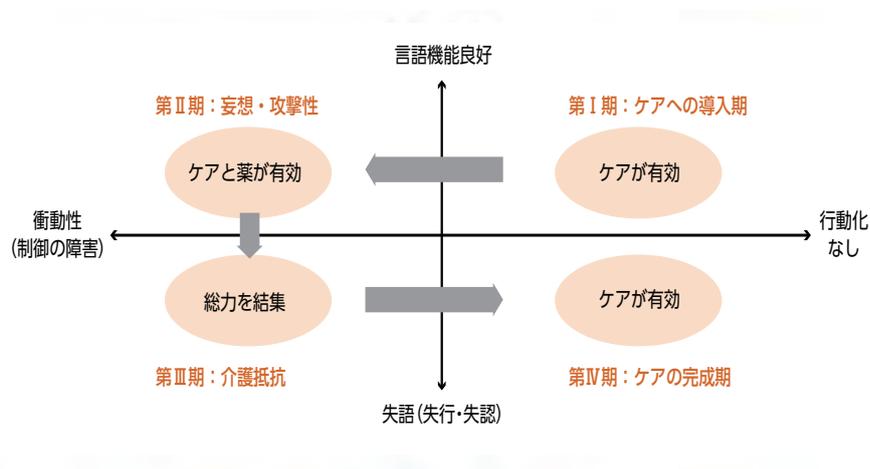
その反省に立って考えると、患者の最初のアクセス場所になる可能性が高い私たちの診療所こそが早期診断・早期対応の最前線にいるとの認識にたどりつかざるを得ません。

しかしながらそう考える一方で、それは実現可能なのでしょうか。忙しい外来のなかで診療に時間がかかる認知症患者さんを診療することができるのでしょうか。

何かよい道標が手元があれば助かるとの思いから、多くの方の協力を得てこれを書きました。

2. 最初に認知症の全体像をつかもう

かかりつけ医が認知症患者を診た時や患者に認知症の疑いを持った時には、いつも認知症の全体像を明確にイメージできている必要があります。全体像の中にその患者の現在のステージを位置づけることで、初めて現在の課題と支援の意味が明確になり、次のステージを準備する作業につな



げることができると思います。アルツハイマー型認知症を中心とする変性疾患がたどる道筋には一定の規則性があり、それを第1象限から第4象限へと向かう座標上に示してみました。縦軸に言語機能を、横軸に行動化の有無をとってあります。

第Ⅰ期	ケアへの導入期・・・十分な情報提供と人生の再構築に向けた集中的な支援
第Ⅱ期	ケアが拡大していく時期・・・妄想や攻撃性が顕在化しやすい時期
第Ⅲ期	総力を結集する時期・・・失語・失行・失認と介護抵抗が顕在化する時期
第Ⅳ期	ケアの完成期・・・行動化の消失

3. かかりつけ医は早期段階での気づき役に（早期診断 1）

認知症として医療機関を受診していない軽度認知障害患者（MCI）が多数いると見られており、日常診療にあたっているかかりつけ医の役割は重要です。かかりつけ医の多くは認知症専門医ではありませんが、本人や家族の相談に対し安易に「年のせい」とせず、早期診断・早期対応を行い、

適切な医療や介護へつなげることが大切です。

外来通院間隔が不定期になる、薬の飲み忘れが目立つ等の症状は、早期の認知症を疑うサインとして重要です。また、待合室での他の患者さんとの会話から医療事務担当スタッフが気づくことが可能かもしれません。つまりそのことは診療所全体で日頃から認知症に対する準備や啓発をしておけば思わぬ気づきや連携につながるきっかけになるということです。診察室でも診察行為以外のところでも、例えば患者が無表情になってきたり、その服装が無頓着になったり、患者の診察室での「とりつくろい」が目立ってきます。この「とりつくろい」は言い訳とも取れますが、当方が気をつけていなければ、認知症とは思わないくらい「自然」な振る舞いに見えます。したがって少しでも疑うことが大切です。そして疑えばもう一歩前に進んでみてください。その時につかえる診断ツールを5章で紹介いたします。質問式のものと同観察式のものがあります。患者さんの中には認知症というだけで診断ルートに乗ることに抵抗がある方もおられます。その時は質問式のものより観察式のものの方が抵抗が少ないと思います。その方に合った診断方法を選んでください。

画像診断は認知症の原因疾患を特定するために必須です。CT、MRI 画像は認知症様症状を呈する慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症などの疾患の除外に重要です。認知症だと思ったが、実はCTやMRI 検査で脳に腫瘍があったとかいうこともあります。必ず一度は実施して鑑別診断しておきましょう。CTやMRI 画像ではアルツハイマー病の場合、脳全体の萎縮のほかにも側頭葉内側面（海馬）の萎縮をチェックすることができます。脳血管性認知症では、出血や梗塞巣、それにラクナ梗塞を含めた大脳基底核・白質病変が見られます。

一方、SPECT、PET は脳神経の活動状態を画像化することができます。SPECT を用いた脳血流は、アルツハイマー型認知症では脳全体の血流低下があり、なかでも側頭・頭頂部や後部帯状回・楔前部の低下が著明です。脳血管性認知症では多発性あるいはびまん性の血流低下がみられるのが典型的です。しかし、このような例は典型例の場合で、上記のような特徴的な画像が認められないことも多いと言われています。

4. 認知症の原因疾患

アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症は、認知症全体の中で占める割合が最も高い原因疾患です。比較的ゆっくり進行するとされています。

最も特徴的な症状は記憶障害です。通常のもの忘れは、例えば「朝食で食べたのはパンと何だったか……」などと断片的で何かをきっかけに思い出せますが、アルツハイマー型認知症のもの忘れは、朝食を食べたこと自体を忘れる「脱失型」です。記銘（記憶の覚え込み）ができていないので思い出せません。アルツハイマー型認知症では、脳の中心付近にあって記憶を司る「海馬」から萎縮が始まるため、と考えられます。萎縮はそこからまわりに広がっていきます。

もの忘れに対する自覚が乏しいのも特徴です。あったこと自体を記憶していないので、本人にと

っては当然です。一方、新しいことを覚えられなくても、古い記憶や体で覚え込んでいることは比較的長く保たれています。また感情機能も比較的長く良好に保たれるので、初期の頃は一見すると普通に見えます。(画像は巻末資料6に掲載)

血管性認知症

脳卒中と総称する脳梗塞や脳出血などの脳血管障害を原因とする認知症です。

障害を受ける部位により異なりますが、概ね次のような症状が見られます。まず、記憶障害は「失念型」で、もの忘れに対する自覚は比較的保たれています。まったく記銘されないわけではないので、時間をかけたりヒントがあれば思い出しやすいといえます。

一方、感情コントロールはうまくできず、些細なことで激怒するなど喜怒哀楽が激しくなる傾向が見られます。昼夜のリズムが乱れやすく、呼びかけなどの反応が鈍い傾向も見られます。

アルツハイマー型認知症をはじめとする変性疾患とは異なり、進行も単調ではなく、一進一退しながら段階的に進むのが特徴です。原因が明確ですから、脳卒中などを予防することが血管性認知症の予防にもつながります。(画像は巻末資料6に掲載)

レビー小体型認知症

発見者の名前に由来する「レビー小体」は、脳の神経細胞にできる「封入体」と呼ばれる異常な物質です。レビー小体型認知症ではこれが脳皮質にも広く見られます。

幻視を中心とするさまざまな錯覚や幻覚、妄想などの精神症状が出現しやすいのが大きな特徴です。これらは日中、意識もはっきりしている時に、本人にとってはリアルな体験として現れます。

認知機能では、しっかりしている時とボーッとしている時の落差が激しいのも特徴です。レビー小体はパーキンソン病の原因でもあるため、手足がふるえたり、筋肉がこわばってスムーズに動かせないなどのパーキンソン症状も見られます。

初期には記憶障害よりも、注意機能や作業効率の低下などが目立ちます。(画像は巻末資料6)

前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は前頭側頭葉変性症の一つで、脳の前頭葉や側頭葉が限局的に萎縮します。40代から65歳未満で発症例が多く、10～15年経過しながらゆっくり進行します。従来「ピック病」と呼ばれていた疾患もここに含まれます。

最も特徴的な症状は、人格変化や非常識で脱抑制的な行為など行動面での変化です。記憶や見当識などの認知機能は比較的長く良好に保たれます。アルツハイマー型認知症とは正反対のタイプです。

このため、万引きなどの社会的逸脱行為で警察沙汰になったり、身だしなみが乱れても無頓着など「我が道を行く行動」が見られるようになります。また、同じことをくり返す「常同行動」や、

座ってもすぐに立ち上がる「立ち去り行動」などのほか、同じ言葉やフレーズを反復する「常同言語」などの言語機能障害も見られます。

進行した前頭側頭型認知症では、記憶障害や見当識障害などの認知機能も低下してきます。

なお、同じ前頭側頭葉変性症の中には、片側の側頭葉やその周辺が萎縮して失語症状が先行して出現する進行性非流暢性失語や意味性認知症もあります。いずれも初期では、記憶障害も人格変化なども目立ちません。(画像は巻末資料6に掲載)

その他の種類の認知症

正常圧水頭症

頭部外傷後遺症

頭部手術後遺症

5. 診療所でつかえる認知症診断ツール（早期診断 2）

かかりつけ医は、患者の性格や家族構成なども知っていることが多く、認知症診療は、診察に慣れてくるとそれほど難しくはありません。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は可能です。看護師などのスタッフに患者の家族のインタビューを手伝ってもらって質問表を完成することもできます。

認知症の診断にはこれから紹介するスクリーニング検査が有用です。スクリーニング検査には質問式と観察式があります。

1) 質問式（MMSE と HDS-R）

質問式のスクリーニング検査は国際的にも広く用いられている Mini Mental State Examination (MMSE)。本邦では MMSE のほかに改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) が有名です。

改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (日本認知症ケア学会 HP から加藤伸司先生により使い方も含め紹介されています)

MMSE (千葉県医師会の HP からダウンロードできます)

2) 観察式（DASC と宇治市もの忘れ連絡シート）

観察式のスクリーニング検査は診断のみならず認知症の進行度や重症度が評価できるものがあります。代表的なものを2つ紹介いたします。

☆DASC の使い方

ひとつは地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所の栗田主一先生のグループが作られた地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (DASC) です。

DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System) は、認知症の人によく見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」をリストアップし、それを「まったくない」(1点)、「ときどきある」(2点)、「頻繁にある」(3点)、「いつもそうだ」(4点)の4段階で評価するというシンプルなものです。巻末に資料1として現物を添付してあります。

「認知機能障害」は9項目、「生活機能障害」は12項目ありますが、「生活機能障害」は「IADL(手段的日常生活動作)」6項目と「ADL(日常生活動作)」6項目に細分されます。評価方法は、①合計点により数量化して判定する方法と、②認知機能障害と生活機能障害のパターンから視覚的・図形的に判定する方法との2つがあります。

① 合計点を用いて認知症の可能性を評価する場合

この場合は項目1から18までの回答番号の合計点を求め(項目19から21は計算に加えない)、29点以上で認知症の可能性ありと判定します。

② 認知機能障害と生活機能障害のパターンから視覚的・図形的に判定する場合

まず回答項目9と10の間に横線を引きます(項目1から9までが「認知機能障害」、10から21までが「生活機能障害」に該当)。次に、4段階評価(1点、2点、3点、4点)のうち、「1点と2点を正常域、3点と4点を障害域」と見なして判定するので、2点と3点の間にアンカーポイントを置き、ここに縦線を引きます。そうすると右のような座標ができあがります。

項目	1点	2点	3点	4点
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

上図のように、右上(第1象限)と右下(第4象限)にそれぞれ1つ以上チェックが入れば、認知症の可能性があると判定されます。認知症は「認知機能が低下して、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」と定義されますから、上図のパターンは「定義そのもの」と言うこともできます。

さらに、上記を満たした上で、項目3(遠隔記憶)、項目5(場所の見当識)、項目9(社会的判断力)のいずれかが縦線の右側(第一象限)にくるか、項目16から21(身体的ADL)のどれかが縦線の右側(第4象限)にあれば中等度以上の認知症の可能性があると判定されます。最初の認知症の判定条件を満たしながら、中等度以上の判定基準に当てはまらない場合が軽度の認知症です。

☆H23 年度版宇治市「もの忘れ連絡シート」の使い方

もう一つ宇治市と宇治久世医師会が作成した「もの忘れ連絡シート」を紹介しましょう。

宇治物忘れ連絡シート(巻末に資料2として現物を添付)は上下二つの部分から構成されます。そもそも地域包括支援センターなどのスタッフが記入しそれをかかりつけ医へ情報を伝える連絡手段ですが、観察式診断ツールになっていますので大いにこれを活用して下さい。

宇治物忘れ連絡シート上半分は患者の症状をチェックすると認知症の診断だけではなく原因疾患が浮かび上がる診断ツールになっています。これ一枚で、認知症の4大疾患と重症度を簡便に鑑別することができます。

A	B	C	D
<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れかの身体症状(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下の何れか(妻が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる) <small>※パーキンソン症状とは…小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。</small>	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある

当てはまる症状があれば□にチェックを入れる。仮に A 欄(行)に多くのチェックが入ればそれはアルツハイマー型認知症の疑いが強いと考えられ、同様に B 欄にチェックが多ければ脳血管性認知症、C 欄であればレビー小体型認知症、D 欄であれば前頭側頭型認知症の可能性が高いということになります。

宇治物忘れ連絡シート下半分には認知症の進行度や重症度が評価できる機能があります。全体は三段にわかれており、上段が軽度、中段が中等度、下段が重度です。当てはまる□にチェックを入れていき、一番下のチェックの位置がその人の重症度候補になります。たとえば、その位置が中段であれば中等度ということになります。

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた	
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる／冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない) <input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えない)	
<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(娘を姉と間違う) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う／自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後・裏表・上下・順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	
上記症状に当てはまらないことがある場合はご記入ください。	宇治市 宇治久世医師会

6. 地域包括支援センターとの連携（連携 1）

かかりつけ医が認知症医療で果たすべき役割は治療をすることだけではありません。認知症の疑いや心配があった時に適切な対応をとることです。その対応は今までの医療者の限界を超えた対応と言えます。そうです、認知症の対応は医療のみでは不十分であるということです。かかりつけ医と専門医との関係を「縦の連携」と考えるなら、医療とケアは「横の連携」と言われています。かかりつけ医は、介護保険サービス導入を目的にするか否かにかかわらず、あらかじめ良好な連携を

築いていた地域包括支援センターに患者を紹介していただきたいと思います。そこでは所属の介護・福祉専門職から介護保険の申請をはじめ、患者の生活に必要な支援についての説明があります。そして公的サービスだけではない、いわゆるインフォーマルなサービスも紹介できると思います。

早期診断・早期治療の段階では、本人・家族が初めて認知症と向き合う場でもあることを考えますと、認知症をいかに受けとめてもらい、いかに適切なケアに結び付けるかということが重要になります。認知症本人への支援のみならず、家族に対する支援も考慮したサービスを計画したいので、かかりつけ医から家族構成や家族の事情などの情報提供を地域包括支援センターへ行いたいものです。その点から地域包括支援センターとの連携は欠かせません。日頃から、地域包括支援センタースタッフとのミーティングを行事化していくのも方法かもしれません。宇治久世地域の地域包括支援センターを紹介いたします。

東宇治北地域包括支援センター	〒611-0002 宇治市木幡金草原 43	0774-33-8270
東宇治南地域包括支援センター	〒611-0011 宇治市五ヶ庄折坂 5-149	0774-38-1250
東宇治南地域包括支援センター支所	〒611-0013 宇治市菟道岡谷 16-3	0774-23-7880
中宇治地域包括支援センター	〒611-0021 宇治市宇治琵琶 1-3	0774-28-3180
北宇治地域包括支援センター	〒611-0042 宇治市小倉町西畑 1-4	0774-21-8123
北宇治地域包括支援センター支所	〒611-0041 宇治市槇島町郡 50-1	0774-21-6247
西宇治地域包括支援センター	〒611-0042 宇治市小倉町山際 63-1	0774-28-6180
南宇治地域包括支援センター	〒611-0033 宇治市大久保町平盛 91-3	0774-45-1544
城陽市地域包括支援センター	〒610-0121 城陽市寺田水度坂 130	0774-54-7330
久御山町地域包括支援センター	〒613-0042 久御山町坊之池小坊村中 66	075-632-1440

地域包括支援センターとは

2006年に登場した、認知症を含む高齢者の地域ケアの中核拠点であり、ケアへの「入り口」を担います。中学校区に一ヶ所の目安で市町村が設置します。センターには社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの3職種が配置され、多職種協働の先駆となりました。家族や高齢者からの相談に応じる「窓口」として機能するとともに、要支援者のサポートや地域の介護予防を担当し、専門的立場から地域のケアマネジャーの支援にあたります。医療との連携は地域包括支援センターの重要な機能の一つです。

7. 居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携（連携2）

かかりつけ医に必要な地域包括支援センターとの連携の後、もし患者さんが介護保険の申請になれば、介護認定審査会で要介護度が判定され、介護度によってその後の支援ルートが異なります。要支援の方は地域包括支援センターで継続してサービス計画が実行されます。一方要介護の方は居宅介護支援事業所に管轄が移ります。いずれにしても地域包括支援センターか居宅介護支援事業所のいずれかで具体的な介護保険サービスが検討されます。いわゆる介護ヘルパー派遣、訪問看護師の訪問、それから家屋改修や介護用品などの調達が話し合われます。その過程でかかりつけ医はサービスの計画者であるケアマネジャーへの指導・助言など多職種連携の中心的役割を果たしていただきたいと思います。



8. 専門医への紹介と連携（連携3）

かかりつけ医としての課題の一つが認知症専門医療機関との連携です。専門医療機関の予約のとりにくさや病院医と開業医の医師同士の連携の難しさなどの現状もありますが、その課題は次に置くとして、専門医療機関に紹介すべきはどのような症例なのか悩みます。

言い訳になりますが、周辺症状（BPSD：認知症の行動・心理症状）がない段階での認知症診断は簡単ではありません。「最近元気がない」「うつ病かもしれない」「物忘れがある」などの比較的軽い症状のみの時には、それが加齢に伴うものなのか、それとも認知症に進展しているのかを判断することが困難なことがあります。つまり軽度の段階では、病歴と問診・診察だけでは診断が難しい場合は、軽度認知障害 MCI を含めてこれらの事例は経験豊かな専門医療機関に紹介し、正確な診断を求めた方が良いでしょう。



またいわゆる BPSD を持ったケースでかかりつけ医では対応が困難となる事例があります。BPSD は攻撃的行動・徘徊・拒絶・不潔行為・異食などの行動に関する症状と抑うつ・人格変化・幻覚・妄想・睡眠障害などの心理に関する症状があります。BPSD が比較的軽度でおとなしい患者は自院で治療ができますが、BPSD が対応困難な場合は専門医療機関に紹介の方が良いでしょう。また自院で治療を開始し始めたけれど認知症に対する薬物療法の効果に疑問を感じた場合や家族がセカンドオピニオンを専門医療機関に求めた場合などは、迅速な紹介が必要でしょう。そしてそのようなケースでは、患者や家族にはなお一層丁寧な説明が必要です。すぐに専門医療機関に紹介すればそれで良いといった姿勢は慎まなければいけません。まずしっか

り家族の話を聞いてここに至る話や悩みを聞き、今後の精神的支えとなる姿勢が大切です。

普段から専門医療機関との連携関係を構築しておくことが大切な理由は専門医療機関でのBPSD治療が落ち着いていわゆるⅣ期の平安な時期になれば再び自院で診療可能になることがあるからです。かかりつけ医に戻った認知症患者は、そのまま在宅ケアや施設利用、時には病院入院をしながら継続して治療を受けることになるものと考えます。専門医療機関に対して患者紹介時にかかりつけ医としての考えを表明しておくことで連携が円滑に行くと思います。

認知症専門医療機関へのコンサルティングもしくは紹介が望ましいケース

軽度認知障害 MCI を疑うが確定診断ができない場合
認知症の存在は確実だが病名や病態が明らかでない場合
周辺症状（BPSD）が対応困難な場合
認知症に対する薬物療法の効果に疑問が生じた場合
家族がセカンドオピニオンを求める場合

宇治久世地域の心強い2つの認知症疾患医療センターを紹介いたします。

京都府立洛南病院	0774-32-5900	宇治市五ヶ庄広岡谷 2
医療法人栄仁会宇治おうばく病院	0774-32-8226(専用ダイヤル)	宇治市五ヶ庄三番割 32-1

9. 認知症初期集中支援チームへの紹介と連携（連携4）

さて問題は、前章の「専門医療機関への紹介が望ましいケース」に該当しながら、それが実現しない場合です。たとえば、独居で受診を支援してくれる人がいない場合、本人が受診を拒む場合、同居している家族はいるけれど家族も又支援を必要としている場合などです。こうした人たちは、専門的な評価が必要とされながら受診に至ることなく長い時間が経過して、そのあいだに生活や周囲との関係が破綻していきます。

こうした問題を解決するために登場したのが「認知症初期集中支援チーム」です。これまでの日本にはなかったもので、宇治市では国のモデル事業として2013年8月にスタートして成果を上げています。認知症専門医を含めた医療・保健・福祉・介護の専門職を統合したチームが、アウトリーチにより自宅で関係構築・情報収集を行い、毎週開催されるチーム員会議で診断・評価・支援方法を決定し、必要とされるサポートを提供していく機能です。本人を動かすのではなく、医療とケアを統合した専門職チームの側が動くことによって、条件の悪い人も早い段階から医療やケアにア

クセスすることが可能になりました。

認知症初期集中支援とは、文字通り認知症の初期に集中的に医療とケアの支援を提供し生活の再構築を図る機能です。したがって、評価が終了しケアが軌道にのったところで、かかりつけ医やケアマネジャーに情報を提供して引き継ぎを行い、自分たちの役割を終了していきます。「初期」の意味には「疾病の初期」と「かかわりの初期」の両方を含みます。「専門医への紹介をしたいけれど、どうしてもうまくいかない」場合には、認知症初期集中支援チームとの連携も有力な手段と思われる。連絡先を紹介致します。FAX での連絡は巻末の資料 3 をご利用下さい。

宇治市福祉サービス公社内、 中宇治地域包括支援センター	0774-28-3180	宇治市宇治琵琶 1-3
--------------------------------	--------------	-------------

10. かかりつけ医か専門医か

認知障害を訴えて専門医療機関を受診する患者は一部にすぎません。認知症として典型的な病像を示す患者さん、言い換えると誰が診ても認知症に間違いないと考えられる患者さんを専門医療機関に紹介する必要はありません。かかりつけ医が診断し、患者や家族の同意が得られれば治療を開始してください。

例えば第Ⅰ期（ケアへの導入期）や第Ⅱ期のケアが拡大していく時期でも、BPSD が目立たないおとなしい患者さんがかかりつけ医の診療範囲かと思えます。専門医療機関での BPSD 治療が落ち着いていわゆるⅣ期の平安な時期の患者さんもかかりつけ医の外来や在宅治療で十分診断が可能であると思えます。かかりつけ医の診療スキルで対応が可能な患者さんをあえて専門医に紹介する必要はありません。

慢性疾患（高血圧や糖尿病など）で診療・健康管理中の患者に認知症症状を認めた時は病期により対応が異なると考えます。第Ⅰ期（ケアへの導入期）であれば患者のほとんど多くは認知症治療の説明をしていく中で一定程度の納得が可能で、多くの場合「先生が診てくれるなら」とか「先生が紹介してくれるなら」「もう少し様子を見たい」「家族に聞いてみる」などと対応してくれます。第Ⅱ期以降ではケースごとに判断すべきかと思えます。

しかしこれらの判断の多くは、今後認知症医療が進んでもっと医療や介護が標準化された時には、もっと多くのかかりつけ医が認知症に向き合えるようになります。そうなればかかりつけ医と専門医の役割も変わっていくのではないかと思われま。

11. 認知症の治療について

かかりつけ医が認知症を治療するとき大切なことは、とてもシンプルなことです。認知症に向き合う本人・家族の不安と困惑を考えると、認知症をいかに受けとめてもらい、いかに適切なケアに結び付けるかということが重要になります。つまり、認知症治療薬を処方するだけでなく、認知

症の本人と家族に伴走する姿勢を示すこと、そして医療とケアは相互補完的關係にあることを考えると、ケアと連携する姿勢が重要です。

そうした連携の重要性とその具体的な方法（連絡先）については6章から前章にかけて詳述しました。こうした医療とケアとの連携は、現在では「ライフサポートモデル」という考え方に整理されています。医療モデルやケアモデルに認知症の人を合わせるのではなく、認知症の人の生活を中心において、医療とケアが協働して認知症の人の「ライフ」をサポートするというモデルです。認知症の始まりの時点からターミナルまで、医療とケアが寄り添って支えていくことで、「認知症になっても住み慣れた地域のよい環境の中で暮らし続けられる」ことを目標にしています。

ここまではまだ書いていないことで、非常に重要な新しい動きがあります。それは「認知症カフェ」の登場です。宇治市では各地域包括圏域毎に一つずつ、つまり6ヶ所の認知症カフェが開設されています。町中のカフェレストラン、民家、地域福祉センターをお借りして、休日の昼下がり、「ミニ講演・ミニコンサート・カフェタイム」の三部で構成されるくつろぎのひとときです。認知症の本人・家族・専門職・地域の人に参加しますが、誰が本人で誰が専門職か分からない自由で開放的な雰囲気の特徴です。ここにはデイサービスを頑なに拒否していた人も参加してきますし、認知症初期集中支援チームも参加していますので、「認知症の初回相談」も可能です。従来の限界を超えた新しい可能性を持った場ですから、この認知症カフェを紹介するというのも連携の一つです。連絡先・問い合わせ先は、既に紹介した「宇治市福祉サービス公社内の中宇治地域包括支援センター」や「各地域包括支援センター」です。

最後に薬物療法について。薬物療法は①認知症の進行を遅らせる抗認知症薬と、②BPSDに対する治療薬に二分されます。

① 抗認知症薬について

現在、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン（貼り薬）、メマンチンの4種類の薬があります。最初の三つはアセチルコリンエステラーゼ阻害薬として一つにまとめることが可能ですが、メマンチンだけは薬理作用が異なりMNDA受容体拮抗薬と分類されます。いずれもアルツハイマー病の治療薬であり、副作用の出現を抑えるために最小量から始めて決められた期間で漸増し維持量に持っていきます。アセチルコリンエステラーゼ阻害薬としてまとめられる三剤の主な副作用は「消化器症状」ですから、「食卓風景の変化に注意してください」と伝え、むかつきや食事量低下の有無をチェックします。メマンチンの主な副作用は「めまいと眠気」になります。メマンチンは軽度認知症には適応がありませんから、軽度の段階ではアセチルコリンエステラーゼ阻害薬から一剤を選択して使用し、中等度以上になった段階でメマンチンとの併用が可能です。ドネペジルはレビー小体型認知症でも有効性が報告されてきました。メマンチンは焦燥や攻撃性をやわらげるのに有効な場合があり抗精神病薬の代わりに用いられることもあります。効果があれば維持量まで上げないこともあります。アセチルコリンエステラーゼ阻害薬で怒りっぽくなることもありますから、そういう場合には減量・中止してみてください。

② BPSD に対する薬物療法

「かかりつけ医のための B P S D に対応する向精神薬使用ガイドライン」が 2013 年 7 月 12 日に厚生労働省から公表されました。平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業において行われた「認知症、特に B P S D への適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究」の成果として、策定されたものです。見開き 4 頁にコンパクトにまとめられた、かかりつけ医に向けた初めてのガイドラインです。以下の厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html>

12. 認知症の告知

認知症、特にアルツハイマー病についての告知についてです。アルツハイマー病の診断及び告知は、進行した病期の方には意味が無いかもしれませんが、できる限り患者やその家族に告知するべきであると考えています。かつてがんの告知を避けていた時代がありました。しかし今はそのような時代ではありません。余命の告知さえ日常的に行われています。がん告知がそのように行われているのはそれが医師の義務であり、仕事であるという面だけではなく、患者には「自分に何が起きているのか」説明を受ける権利があるとされているからだと考えています。そしてアルツハイマー病もその例外ではないと思います。

また、アルツハイマー病が不可逆的で進行性の病気であるとしても、その病気のいくつかの症状は治療対象であること、それに介護保険その他で病期に応じた援助やサービスが受けられることを説明し、その他の社会資源の利用を指導する責任があると思います。

スティーブン・ポスト氏は日本での講演で「グラスにワインが半分残っているとき、『半分しかない』と言うのではなく、『半分はある』と考えよう」と言っています。そのように患者を励まし、「アルツハイマー病になってもまだできることはある」と伝え、患者に残っている機能を、残っている時間を最大限活かすにはどうしたらよいかということ計画できるような体制を築くべきだと思います。

今後はがんの告知が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していった過程にならってアルツハイマー病の告知も変わっていくと期待されます。さらに軽度認知障害 MCI の段階で診断と告知ができれば、早期治療・早期対応ができることになり、患者・家族との信頼関係のもとで、どう生きるかを患者本人・家族と一緒に考えていくことができます。そうすることにより皆が持つ認知症全般の疾患イメージが変わります。

そのような社会になれば、もし認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることが可能となるようになるでしょう。

- 文献：1. 「今後の認知症施策の方向性について」厚生労働省
2. 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）厚生労働省
 3. 2012 京都文書
 4. イギリスの認知症ケア動向 National Dementia Strategy
 5. 支援者のための若年性認知症京都オレンジガイドブック
 6. アルツハイマー病の人々のケアの倫理に関するフェアヒルガイドライン
S.T. ポスト、P.J. ホワイトハウス
 7. 京都式オレンジプラン（京都認知症総合対策推進計画）
 8. 国際アルツハイマー病協会「世界認知症宣言 2013」

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)記入日 年 月 日

ご本人の氏名：		生年月日：	年	月	日	(歳)	男・女	同居	同居
本人以外の情報提供者の氏名：		(本人との続柄：) 記入者氏名： (所属・職種：)							
	1点	2点	3点	4点	評価項目		備考欄		
A	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)				
B	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる					
1	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶		近時記憶		
2	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			遠隔記憶		
3	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			時間		
4	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			場所		
5	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			道順		
6	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			問題解決		
7	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決 判断力		社会的 判断力		
8	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			買い物		
9	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			交通機関		
10	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			金銭管理		
11	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			電話		
12	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			食事の 準備		
13	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			服薬管理		
14	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			入浴		
15	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			着替え		
16	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ①		排泄		
17	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			整容		
18	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②		食事		
19	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			移動		
20	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する					
21	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する					
DASC 18 : (1 ~ 18 項目まで) の合計点		点/72 点		DASC 21 : (1 ~ 21 項目まで) の合計点		点/84 点			

平成23年度版宇治市

もの忘れ連絡シート

※該当する箇所の□に✓を入れてください。

記入者：

<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動)	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える
<input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる	<input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある	<input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い)	<input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある
<input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない	<input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す	<input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある	<input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する
<input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする)	<input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している	<input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い	<input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある
<input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える	<input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい	<input type="checkbox"/> 以下の何れか(妻が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる)	<input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す
<input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする	<input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある	※パーキンソン症状とは… 小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。	<input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す
<input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる		<input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある
	<input type="checkbox"/> 何れかの身体症状(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)		

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた <input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる／冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない) <input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えない) <input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(娘を姉と間違う) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う／自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後・裏表・上下・順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	<p>上記症状に当てはまらないことがある場合はご記入ください。</p> <p style="text-align: right;">宇治市 宇治久世医師会</p>
---	---

かかりつけ医と宇治市認知症コーディネーターとの連絡票(試行版)

■かかりつけ医から宇治市認知症コーディネーターへの連絡

この部分は、かかりつけ医の先生が、①認知症初期集中支援チームにケースを依頼したい、②地域包括支援センターにケースを依頼したい、とお考えになられたときに利用して頂くための連絡票です。下記の連絡先にお電話を頂くか、FAX の場合は【医療機関】【主治医氏名】【ケースの概要・連絡内容】をご記入頂き、FAX をお願い致します。

連絡先 宇治市宇治琵琶1-3 中宇治地域包括支援センター
認知症コーディネーター 宛て

TEL 28-3180、FAX 28-3190

【医療機関】 (TEL/FAX)

【主治医名】

【ケースの概要・連絡内容】

■認知症コーディネーターからかかりつけ医への最初の連絡

御連絡頂いた内容を検討させて頂き、すぐに最初のお返事をさせて頂きます。その後の相談窓口は、内容によって、以下の二つのルートで対応させて頂きます。

- ① 地域包括支援センターで対応させて頂く場合 → 当方で引き継ぎます
- ② 認知症初期集中支援チームで対応させて頂く場合 → 下記の報告書をお届けします

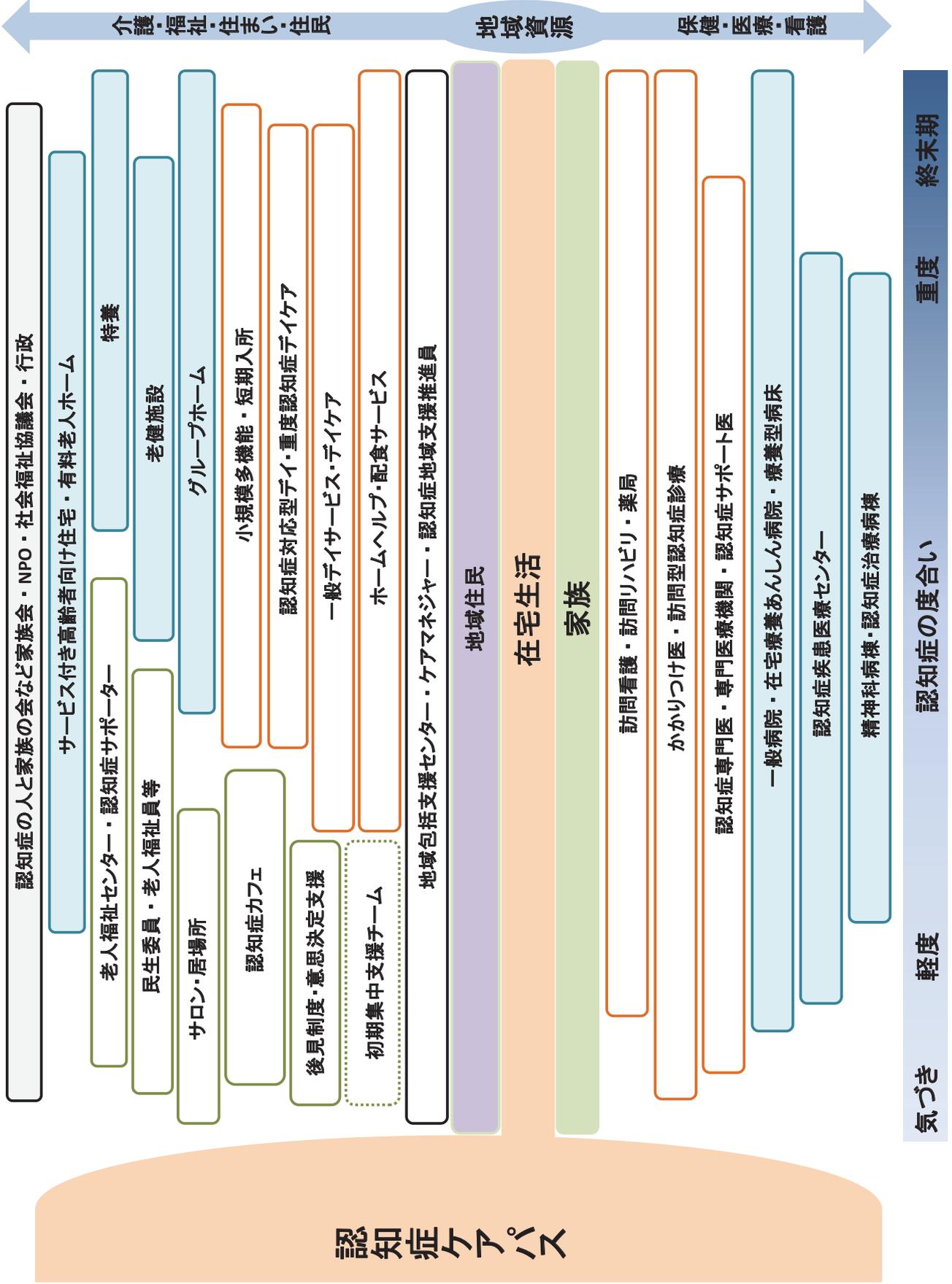
■認知症初期集中支援チームからかかりつけ医への報告書(報告内容の骨子)

1. 訪問による生活状況と家族状況および住環境のアセスメント結果
 - ①生活状況評価
 - ②家族状況評価
 - ③住環境評価
2. 認知機能と身体機能のアセスメント結果
 - ①DASC 【合計点評価】 ○○点(29点以上で認知症の疑い)
【パターン評価】
 - ②宇治市もの忘れ連絡シート
【診断名候補】
【ステージ診断候補】
 - ③身体機能評価
3. 診断候補および総合評価と今後の支援方針
(添付書類 可能な場合はフェイスシート、DASC、宇治市もの忘れ連絡シート等)

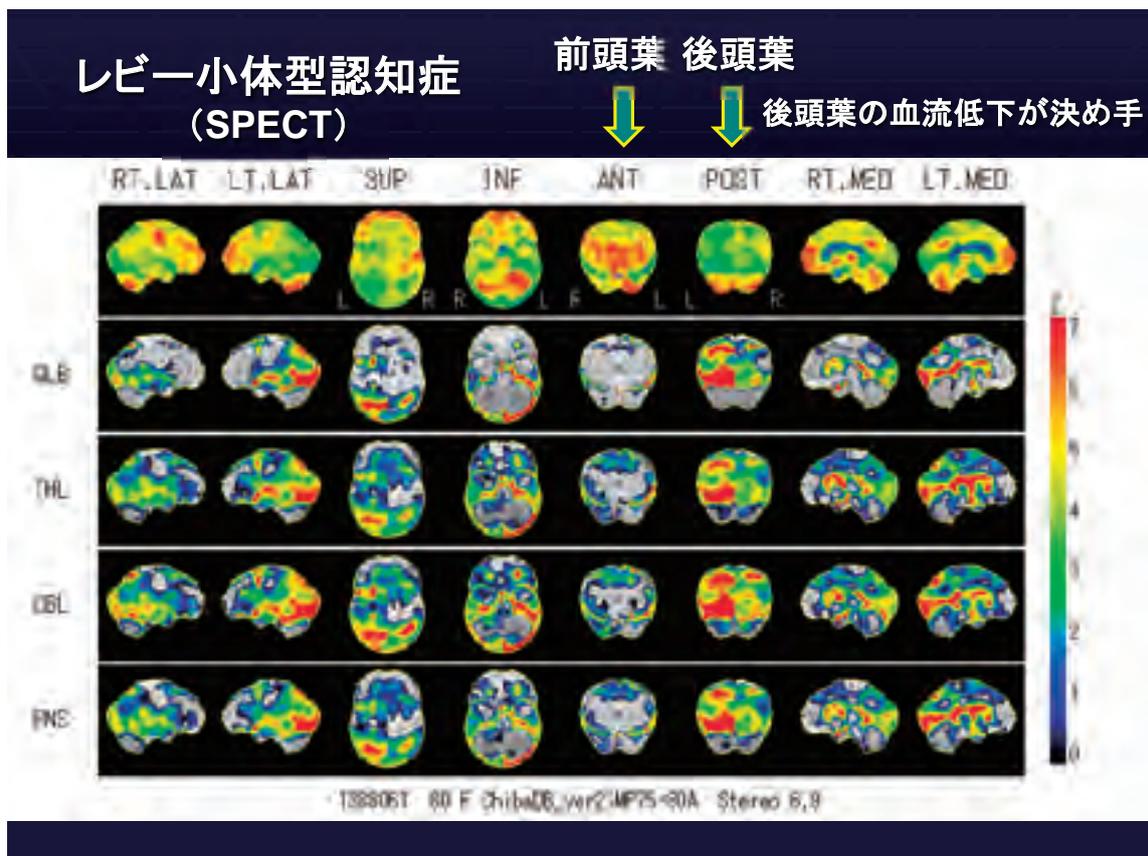
～京都式オレンジプラン「10のアイメッセージ」～

(京都式オレンジプラン最終章「プラン評価の方向性」より抜粋)

1. 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。
2. 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。
3. 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。
4. 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。
5. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんですごしている。
6. 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずにすごしている。
7. 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意思や好みを尊重されてすごしている。
8. 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近になんでも相談できる人がいて、安心できる居場所をもってすごしている。
9. 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加し、すごしている。
10. 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。



- レビー小体型認知症の画像(後頭葉外側面と後頭葉内側面の血流低下)



- 前頭側頭型認知症の画像(側脳室前角>側脳室後角、前方脳萎縮>後方脳萎縮)



発行日 2014年6月

発行 宇治久世医師会

編集 門阪 庄三 宇治久世医師会在宅医療担当理事

(協力： 森 俊夫 京都府立洛南病院・認知症疾患医療センター)

問い合わせ先

宇治久世医師会

〒611-0021 京都府宇治市宇治下居 13-2

TEL : 0774-22-6487 FAX : 0774-24-8761