

# 新・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	1
1章 診療マニュアルの背景	2
2章 最初に認知症の全体像をつかもう	3
3章 かかりつけ医は早期段階での気づき役に	3
4章 認知症の原因疾患	5
5章 脳の機能と認知機能検査	7
6章 診療所でつかえる認知症診断ツール	9
(改訂) 長谷川式簡易知能評価スケール	10
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)	12
もの忘れ連絡シート	13
認知症ケアパス情報共有シート	15
7章 認知症診療の要は連携	15
地域包括支援センターとの連携	15
居宅介護支援専門員との連携	17
専門医への紹介と連携	17
認知症初期集中支援チームへの紹介と連携	19
8章 かかりつけ医か専門医か	20
9章 認知症の治療について	21
薬物療法について	22
10章 認知症の告知	24

---

### 【資料編】

●資料1：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)	27
●資料2：平成 23 年度版宇治市 もの忘れ連絡シート	28
●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について	29
(書式1) 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	
(書式2) 宇治市認知症初期集中支援チームコミュニケーションレポート	
●資料4：京都式オレンジプラン「10 のアイメッセージ」	32
●資料5：京都式認知症ケアパス概念図	33
●資料6：画像でみる認知症4大疾患	34

## はじめに

2017年4月、第32回国際アルツハイマー病協会（ADI）国際会議が京都で開催されます。日本でADI国際会議が開催されるのは2004年（京都）に続き、今回が2回目になります。それから12年の時を経て、認知症を人類共通の課題と捉える考え方は、国を越え地域を越えて共有されるようになりました。2017年ADI国際会議のメインテーマは「認知症：ともに新しい時代へ」。認知症本人、家族、医療、介護、福祉、行政、地域が、連携し協力しあって「認知症になっても暮らしやすい社会」の構築に向けて新しい一歩を踏み出すことが目指されます。

こうした流れは、早くから京都にも浸透しています。2013年10月に公表された「京都式オレンジプラン」（認知症5ヵ年戦略）には、認知症の本人を主語にした「10のアイメッセージ」（巻末資料4）が掲げられ、京都が目指す方向性が明示されました。その実現のためには「新しい医療とケアの連携」が求められます。その基本的な考え方を示したものが「京都式認知症ケアパス概念図」（巻末資料5）ですが、そのための具体的なツールとなる「認知症ケアパス情報共有シート」が作成され、既に医療とケアの現場に浸透し始めています。

宇治も大きく変化しました。多くの新しい試みの一つに、「れもんカフェ」、「認知症初期集中支援チーム」があります。これまでにはなかった「新しい場と機能」が形になることで、初期の認知症の人たちの居場所が形成され、日々の生活の中で紡ぎだされる言葉を集めた冊子「旅のしおり」が編集されました。

そこでは認知症という旅が三つの段階（①個として認知症に向き合う段階、②仲間や支援者と出会い生活を再構築していく段階、③認知症とともに社会で生きていく段階）から構成されることが明らかにされています。

### 「認知症という旅」の三段階

- |      |                        |
|------|------------------------|
| 第一段階 | 個として認知症に向き合う段階         |
| 第二段階 | 仲間や支援者と出会い生活を再構築していく段階 |
| 第三段階 | 認知症とともに地域で生きていく段階      |

かかりつけ医の先生は、旅の第一段階（個として認知症と向き合う時の不安・困惑）に伴走して頂く場面が多くなると思いますが、できるだけ早く第二段階へつないで頂けると、認知症の本人も家族も生活の再構築が楽になります。このマニュアルがその一助となれば幸いです。

## 1章 認知症診療マニュアルの背景

2015年1月27日、認知症新国家戦略が策定されました。認知症診療が新しい時代を迎えたということになります。

今、認知症を診療しているのは精神科医、神経内科医そして一般内科医です。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広がり考えた時、認知症を誰が診るかという議論に多くの時間をかける意味は少なく、みんなで「手分け」するしかないと考えています。そして認知症診療は糖尿病などの生活習慣病をはじめ、不眠症やうつ病などの精神疾患、パーキンソン病などの神経疾患との関連も深く、その診療の広がりには思った以上です。したがって認知症を専門としない内科系かかりつけ医も認知症診療に無縁であるはずはないと考えます。また、認知症はその早期診断・早期対応が非常に重要です。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。その意味で、地域医療の最前線にいるかかりつけ医は認知症診療から目を背けることはできません。

現在、私たちの社会が準備できている認知症ケアの対象は、大部分が中等度から重度の認知症の患者であり、軽度・若年性認知症患者に対するケアは十分ではありません。とはいえ、その方に対して「この程度ならまだ（放置して）良い」と判断することはできません。宇治市では2013年から開始された「初期集中支援チーム」も軌道に乗ってまいりました。今後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。

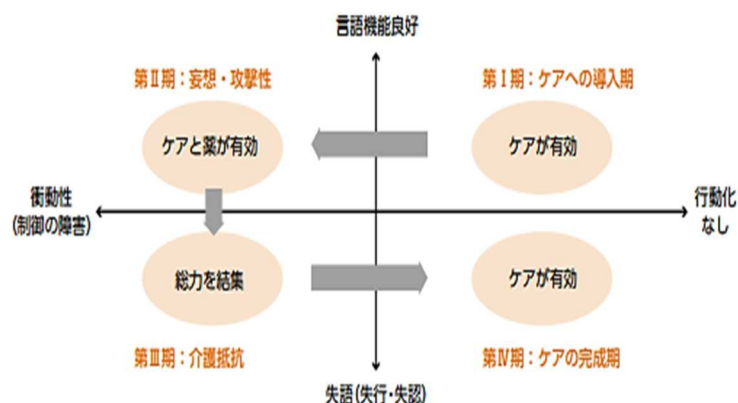
宇治久世医師会認知症診療マニュアルの初版は2014年6月、やましろ認知症地域ケア連携協議会第2回記念講演会で発行されました。それから2年余りの間に、この認知症診療マニュアルと同じ意図を持った書籍がいくつか世に出ました。これに刺激を得てということではありませんが、近年のやましろ認知症地域ケア連携協議会や宇治久世認知症懇話会、宇治市認知症ケアネットワークの取り組みの成果を形にすべく、第2版を作成致しました。

### 認知症の早期診断・早期対応が重要な理由

- 認知症を呈する疾患のうち、治療できるものがある。
- アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症は、より早期からの薬物療法により進行が抑制できる。
- 本人のこれから先の暮らしに備えるために家族と相談できる。
- 介護や支援サービスについての情報を早期から入手できる。
- 介護や支援サービスの利用で認知症の進行抑制、家族の介護負担の軽減ができる。

## 2章 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章 かかりつけ医は早期段階での気づき役に

生活習慣病で医療機関を受診しながら、かかりつけ医に認知症と診断されず、1～2年経過することは珍しくありません。それほど高齢発症のアルツハイマー病の経過は長く緩やかです。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でかかりつけ医が早期の認知症を疑うこともあります。多くは家族など身近に暮らしている人たちが最初に気づくことが多いと思います。

### 診療所で認知症を疑う徴候

- 外来通院間隔が不定期になる。
- 残薬が増え、薬の飲み忘れが懸念される。
- 診察券や保険証などの置き忘れ多くなる。
- 会計に毎回お札(1万円札)を使う。
- 何度も同じエピソードを言う。
- 医療者への関心が乏しく無表情になってきた。
- 服装が無頓着。服に食べこぼし痕が増える。
- 取り繕いが目立つ。
- 痩せ、尿臭が気になる。

しかし、異変に気付いても認知症を疑ってすぐにかかりつけ医に相談というケースは少ないです。たまたま体調が悪いなど一時的なことだろうと思っていたり、年齢相応の問題と思っていたりして、かかりつけ医の診察を受けさせようとは思いません。はっきり認知症を疑うきっかけとなるような「決定的な出来事」が受診や相談のきっかけになるようです。

しかし、単独高齢者世帯と高齢者夫婦世帯、高齢者と未婚の子のみの世帯を合わせれば 3 割に近くなっている今の超高齢社会では家族による受診勧奨を期待できないことも多いと考えられます。そのことを考えるとかかりつけ医は認知症専門医ではありませんが、本人の振る舞いに対し安易に「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。

#### 「決定的な出来事」(行動・心理症状)

- 物盗られ妄想
- 幻覚(幻視)や妄想
- 怒りっぽくなったなどの性格の変化(興奮)
- 道に迷う(徘徊)
- 自分ではない(不安)
- 失認や失行
- 不潔行為
- 自発性低下・意欲低下(うつ状態)

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、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。その時に使える診断ツールを 6 章に紹介いたします。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は少ないと思います。その方に合った診断方法を選んでください。

#### かかりつけ医の診断ツール

質問式のもの代表が「長谷川式簡易知能評価スケール」です。

観察式のもの代表が「もの忘れ連絡シート(宇治久世医師会版)」です。

両者ともに使えば使うほど、すぐれものであることがわかります

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。

アルツハイマー病の場合、CT や MRI 画像で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。レビー小体型認知症では後頭葉内側面と外側面の血流低下が特徴ですが、従来から脳血流 SPECT 以外に MIBG 心筋シンチ(集積の低下)が有効な診断方法として用いられてきました。最近では大脳基底核への集積をみる DAT スキャンも利用できるようになりました。(33 ページ資料 6「画像で見る認知症 4 大疾患」参照)

## 4 章 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。

頭頂葉が障害されると視空間認知の障害が出現し場所がわからなくなったり、道に迷いやすくなったりします。進行すると着衣失行など、日常生活動作に援助が必要になります。

もの忘れに対する自覚が乏しいのも特徴です。物忘れをし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。

### 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。まったく記憶されないわけではないので、時間をかけたり、ヒントがあったりす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、呼びかけに対する反応が鈍い傾向も見られます。全体として自発性の低下が目立ち、援助がないと生活は不活発になりやすいことも重要な特徴の一つです。

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が、ゆるやかな進行性の経過をたどる場合もあります。原因が明確ですから、脳卒中等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。

### 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幹だけでなく大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。これらは夜間に多い傾向がありますが、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る場合もあります。

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、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。

### 前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は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。記憶障害に注目すれば、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」が見られたりするようになります。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、前頭側頭型認知症の中には、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。これまで、3つのタイプを総称して前頭側頭葉変性症という病名が用いられていましたが、最近、前頭側頭葉変性症は病理の概念として用い、臨床診断には使わない傾向にあります。

#### その他の類型の認知症

正常圧水頭症

頭部外傷後遺症

頭部手術後遺症

甲状腺機能低下症

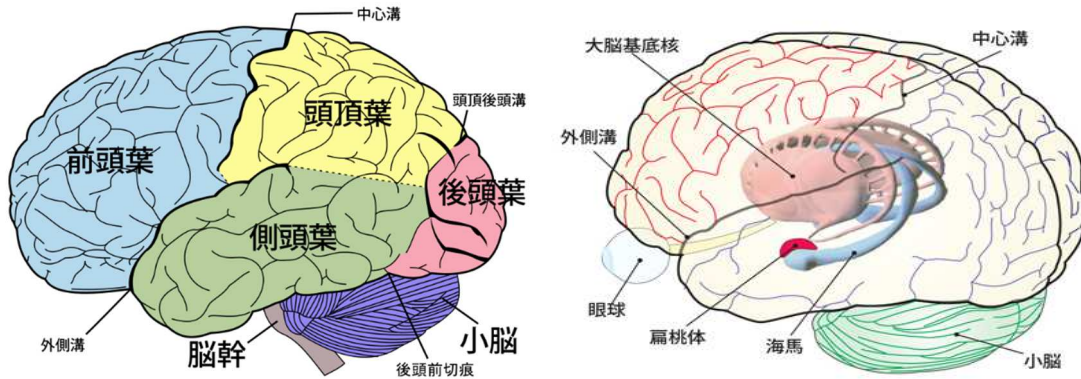
## 5章 脳の機能と認知機能検査

認知症診断は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。看護師等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い、もの忘れ連絡シート(27 ページ資料2参照)を完成することもできます。

まずかかりつけ医の忙しい日常診療の流れの中でできる認知機能検査を紹介致します。これで認知障害の有無をスクリーニングできます。その前提に脳の機能を整理しておきます。これを抑えておくだけで検査が深まります。

## 脳のロケーションと機能をおさえておけば認知機能検査は面白い

- 意識する領域 海馬 頭頂葉 前頭葉
- 評価する機能 海馬機能（記銘力）  
頭頂葉機能（視空間認知と構成機能）  
前頭葉機能（注意の集中と切り替え、対処機能）



## 海馬機能のチェック（桜・猫・電車に相当する遅延再生検査）

- 「今日した検査は？」という質問で代行  
診察室に入る前に「血圧」「体温」「SPO2（酸素）」の3つを測る。  
その時看護師は「血圧」「体温」「SPO2（酸素）」を測ると患者に明示する。  
診察時に再生してもらおう。「外で看護師さんに何を測ってもらいましたか？」

## 前頭葉機能のチェック（前頭葉機能検査 FAB の行動プログラム等に相当）

- 最初に練習。（左右同時にグーパーの切り替え操作）
- 次に自分の左手をグー、右手をパーにして提示してから、それを真似てもらう。  
「では右手と左手を交互に切り替えます」と提示。  
「パッ、パッ、パッ…」と声でリズムを刻みながら反復（5回程）。
- 次に自分の左手をチョキ、右手をグーにして提示し反復（5回程）。
- 次に自分の左手をパー、右手をチョキにして提示し反復（5回程）。

想定する疾患は、前頭側頭型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、進行したアルツハイマー型認知症。

### 頭頂葉機能のチェック（視空間認知機能）

- 指で「キツネ（図A）」を作る。（キツネとは言わない）  
左手でキツネを作って提示する。右手で同じものを作ってもらおう。
- 次は反対の手で同じことをしてもらおう。
- 2つのキツネを逆にして組み合わせる。（図B 逆さキツネ）
- 最後に両手で「鳩（図C）」を作り、それを真似てもらおう。（鳩とは言わない）  
想定する疾患は、アルツハイマー型認知症・レビー小体型認知症  
左右差が明らかなら、大脳皮質基底核変性症。



図 A キツネ見本



図 B 逆さキツネ見本



図 C ハト見本

## 6章 診療所でつかえる認知症診断ツール

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。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) があります。本邦では MMSE の他に改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) が有名です。

ここでは改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (加藤伸司先生により提供) を紹介します。

6-A (改訂) 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (\*1)

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 月 日 曜日	0 1 0 1 0 1 0 1
3. 私たちが今いるところはどこですか? (自発的にできれば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ください。あとで また聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つ、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 0 0	1 1 1
5. 100から7を順番に引いてください。 (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) (86)	0 1 0 1
6. 私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう、3桁逆唱に失敗 したら、打ち切る)	2-8-6 9-2-5-3	0 1 0 1
7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度、言ってみてください。 (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 b: 0 c: 0	1 2 1 2 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 あったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 3	1 2 4 5
9. 知っている野菜の名前をできるだけたくさん言ってください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり約10秒間 待っても出ない場合にはそこで打ち切る) 0~5個=0点、6個=1点、7個=2点、 8個=3点、9個=4点、10個=5点	0 3	1 2 4 5
合計得点		

(\*1) 加藤伸司ら：老年精神医学雑誌，2，1339-1347（1991）

質問内容の解説

1：年齢 2：日時の見当識 3：場所の見当識 4：言葉の即時記録 5：計算  
6：数字の逆唱 7：言葉の遅延再生 8：物品記録 9：言語の流暢性

〈注 1〉 30 点満点で、20 点以下のとき、認知症の可能性が高いと判断される。

〈注 2〉 認知症の重症度別の平均点

非認知症：24.3 点／軽度認知症：19.1 点／中等度認知症：15.4 点／

やや高度認知症：10.7 点／高度認知症：4.0 点

HDS-R の面白いところは、1 から 9 までの検査項目が脳のどの機能を反映しているの  
かを知ることによって、単に認知症のスクリーニングに留まらず、ある程度まで診断に役立  
てることができることです。

たとえば、海馬機能を反映するのは、2 の時間見当識と 7 の遅延再生です。アルツハイ  
マー型認知症の場合はまず海馬機能が低下しますから、他はよくできても 2 と 7 で失点し  
やすくなります。いくらか乱暴ですが、「2-7 がきたらアルツハイマー」と考えることで、  
いくらか診断の補助として役立つかもしれません。

反対に、「2-7 が相対的に良好」である場合は、アルツハイマー病以外の疾患を検討しま  
す。ワーキングメモリ（作業記憶）という言葉があります。脳の中の作業机と考えて頂い  
てもよいかもしれません。このワーキングメモリおよび注意機能は前頭葉機能と関連が深く、  
HDS-R の検査項目では、5 の計算、6 の数字の逆唱、8 の物品記録が該当します。また、  
9 の言語流暢性検査項目（野菜の名前）は、「想起の障害」（脳というハードディスクに野菜  
で検索をかけて拾い上げる）をみており、ここも前頭葉機能と関連が深いところです。「2  
-7 が相対的に良好で、5-6-8-9 が不良」である場合には前頭葉機能が低下する疾患を疑  
います。前頭側頭型認知症が典型ですが、血管性認知症やレビー小体型認知症の一部が候補  
になります。

前頭側頭型認知症の場合には、「考え無精」とも表現される思考の粘りのなさ・無頓着さ  
が特徴です。もう少し粘ったら正答できそうなのに、あっさりと放棄する姿が印象的です。

HDS-R は、MMSE と異なり、頭頂葉機能を評価することができません。前述の「指パ  
ターンの模倣（キツネ、逆キツネ、鳩）」や、立方体模写・時計描画テスト（CDT）で補い  
ます。

## 6-B DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System)

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。

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圭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件法で評価するというシンプルなものです。巻末に資料として現物を添付してあります。認知症初期集中支援チームでは、このDASCを認知症のスクリーニングツールとして使用しています。

「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、②合計点により数量化して判定する方法があります。

### ① 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「認知機能障害」と「生活機能障害」を分け、回答項目9と10の間に横線を引きます。次に、4件法（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、3点と4点の間に縦線を引きます。そうすると右のような座標ができあがります。

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（障害領域）、認知症の可能性がります。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。

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				

さらに 21 項目には重みづけがあり、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）のいずれかにチェックが入る（障害領域）か、項目 16 から 21（身体的 ADL）にチェックが入る（障害領域）場合には、中等度以上の認知症の可能性があります。

## ② 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を求めて判定します。（項目 19 から 21 の回答番号は除外します。） 29 点以上で認知症の可能性ありと判定します。

## 6-C もの忘れ連絡シート

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。もの忘れ連絡シート（27 ページ資料 2 参照）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。

もの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候補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 代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） ※パーキンソン症状とは…小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行等の症状を伴うものこと。	<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

当てはまる症状があれば□にチェックを入れます。仮に A 欄（列）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（列）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（列）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。

もの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。あてはまる□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。例えば、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(娘を姉と間違える) <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>



## 6-D 認知症ケアパス情報共有シート

「はじめに」に記したように、京都では「新しい医療とケアの連携」を形にするための具体的なツールとして「認知症ケアパス情報共有シート」が作成され、既に医療とケアの現場に浸透し始めています。以下のホームページからダウンロードすることができます。

【きょうと認知症あんしんナビ】

[http://www.kyoto-ninchisho.org/?page\\_id=1247](http://www.kyoto-ninchisho.org/?page_id=1247)

情報共有シートは、4枚で構成され、1枚目が医療情報、2枚目がケアの情報、3枚目が本人のライフヒストリーや本人の思い、4枚目は課題の抽出と今後の方針が記載されます。医療とケアと一緒に作成していくシートですから、連携が深まるにつれてシートは完成度を増していきます。たとえば、ケアの側が2枚目と3枚目の情報を整理し受診時に持参してくれると、医療の側はインテークの時間を節約でき、何が問題になっているかを短時間で把握することが可能になります。受診につながった段階で、医療情報が得られますから、治療の進行状況に応じて1枚目が埋まっていきます。ケアの側もまた医療の情報が得られることで、何をどのようにサポートすればよいのかが明確になります。こうして、医療とケアが同じツールを使うことで、連携は有効で効率のよいものになっていきます。

また、情報共有シートは、事例検討会のレベルを一気に引き上げることが実証的に確認されています。これまでの事例検討は、ともすれば現在の問題のみに焦点があてられ、横断面だけをみて議論がなされる傾向がありました。しかし、情報共有シートによって多面的で豊かな情報が集められると、現在の問題をその人の生活史の中で捉え直すことが可能になり、その人の強みも含めて縦断的な視点で現在の問題と今後を検討することが可能になりました。本人、家族、医療、ケアと一緒にケアプランを作成するために、必須のツールとなりつつあります。

## 7章 認知症診療の要は連携

### 7-A 地域包括支援センターとの連携

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く、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。

#### 【宇治久世圏域の地域包括支援センター一覧】

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 宇治市榎島町郡 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
城陽市地域包括支援センター(支所)	〒610-0121 城陽市寺田乾出北 55	0774-53-9500
久御山町地域包括支援センター	〒613-0042 久御山町島田ミスノ 11	075-631-0033

## # 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1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-B 居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携

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。



### 7-C 専門医への紹介と連携

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。

周辺症状（BPSD：認知症の行動・心理症状）がない段階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」など比較的軽い症状のみの場合、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、病歴と問診・

診察だけでは診断が困難なことがあります。そのため、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と思います。

#### かかりつけ医が専門医に伝える情報

- 施行してあれば CT や MRI の貸し出し
- アルツハイマー病治療薬を処方していればその効果
- 施行してあれば 認知機能検査の結果
- 現在内服中の薬剤
- 身体疾患について
- 介護保険サービス利用の状況



また周辺症状（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、対応困難な場合は専門医療機関に紹介する方が良いと考えます。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。同時に、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

### 【宇治久世圏域の認知症疾患医療センター】

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

### 7-D 認知症初期集中支援チームへの紹介と連携

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。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に関係構築・情報収集を行い、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、専門職チームの側が動くことによって、条件の悪い人に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。

#### 【チーム員会議について】

場 所	頻 度	チーム構成
府立洛南病院	月4回	認知症専門医、認知症コーディネーター、 看護師、社会福祉士、介護福祉士、精神保健 福祉士、作業療法士、かかりつけ医、市職員
宇治おうばく病院	月1回(月末のみ)	

認知症初期集中支援とは、認知症の初期に医療とケアの支援を集中的に提供し、生活の再構築を図る機能です。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、「医療やサービスにつなげるのが難しい」場合などは、まず認知症初期集中支援チームに相談して頂き、連携することも有力な手段と思われます。

### 【認知症初期集中支援チームの連絡先】

中宇治地域包括支援センター内 認知症コーディネーター	0774-28-3686	宇治市宇治琵琶1-3
-------------------------------	--------------	------------

※平成 28 年より、認知症初期集中支援チームは中宇治地域包括支援センターと北宇治地域包括支援センターに設置されました。お住まいの圏域によっては北宇治地域包括支援センターが担当します。

28 ページに、かかりつけ医の先生と認知症コーディネーターとの連絡に関わる書式を掲載しております。「かかりつけ医と宇治市認知症コーディネーターへの連絡票（書式 1）」は認知症初期集中支援チームか地域包括支援センターかどちらに相談すべきか迷う場合も含め、ご利用頂くと便利かもしれません。

「コミュニケーションレポート（書式 2）」は認知症初期集中支援チームから、かかりつけ医の先生にお渡しする報告書となります。

## 8 章 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います。専門医療機関での BPSD 治療が落ち着き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います。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います。

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くるのではないかと考えられます。

## 9章 認知症の治療について

この診療マニュアルをここまで読んでいただければ、かかりつけ医が認知症を治療することはとてもシンプルなことだとわかっていただけるでしょう。認知症に向き合う本人・家族の不安と困惑を考え、認知症をいかに受けとめ、適切なケアに結び付けるかということが重要です。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と考え、ケアと連携する姿勢が必要です。認知症という旅の三段階でいうと、「個として認知症に向き合う段階」における不安・困惑・孤独・絶望の時期をできるだけ短くし、「仲間や支援者と出会い、生活を再構築していく段階」へつないで頂くことが求められています。このことは、まだ認知症が初期の段階にあり、年齢が比較的若く高い活動性を保っている人には特に重要かもしれません。

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7章と8章に詳述しました。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・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置き、医療とケアが協働して認知症の人の「ライフ」をサポートするモデルです。認知症の始まり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で暮らし続けられる」ことを目標にしています。

「はじめに」でも触れたように、宇治市には「認知症対応型カフェれもんカフェ」があります。会場は、町中のカフェ・レストランや喫茶店、民家、地域福祉センターと様々であり、場の持ち方もカフェ毎に独自の工夫がありますが、休日の昼下がり提供される「くつろぎのひととき」という性格は共通しています。



「れもんカフェ」は地域包括支援センター圏域ごとに運営されています。認知症の本人・家族・専門職・地域の人々が参加しますが、誰が本人で誰が専門職かわからない自由で開放的な雰囲気の特徴です。認知症初期集中支援チーム員も参加していますので「認知症の初回相談」も可能です。従来の枠組みを超えた新しい可能性を持った場であり、このカフェを紹介するというのも連携の一つです。

## #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 NMDA 受容体拮抗薬です。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初めて決められた期間で漸増し維持量に持っていくます。アセチルコリンエステラーゼとしてまとめられる三剤の頻度の高い副作用の一つに「消化器症状」があります。「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。メマンチンの副作用の中には「めまいと眠気」などもありますから行動や活動性のチェックが必要です。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の治療薬としても保険適応を受けています。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ます、臨床場面では抗精神病薬の代わりに用いられることもあります。その場合は、効果が確認できた量で留め、維持量まで増量しないほうが無難かもしれません。

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。抗認知症薬は、レスポnderとノンレスポnderがあるとも言われており、実際の臨床場面では用量に対する反応性（効果・副作用ともに）も多様と言われています。副作用も勘案しながら、必ずしも指定された維持量にまで増量せず少量に留めることもあります。

### ②BPSD（行動・心理症状）に対する薬物療法

「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」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BPSD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>



現在、平成 27 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）として、「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（第 2 版）」が準備されています。

ガイドラインでも強調されているように、BPSD に対しては、まず非薬物療法的対応が優先されます。サポートが不足していることの結果として BPSD（行動・心理症状）が出現している場合も多く、その場合には本人と家族双方に十分なサポートが届けられることで、軽減・消失します。たとえば、夜間の睡眠障害や興奮は、日中の傾眠傾向や活動性の低下を背景にした「昼夜逆転」をみている可能性があります。その場合は、薬物療法は事態を悪化させることも多く、日中の活動性を上げるようなサポートが第一選択になります。また家族が疾患を理解することで、本人も家族も穏やかになる場合もあります。本人・家族双方への支援が重要です。

BPSD に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、本人もしくは家族との間で十分なインフォームドコンセントを行って使用するようガイドラインにも明記されています。ここまで記したような、十分な非薬物療法的アプローチを試みた上で、どうしてもコントロールできない BPSD が残る場合に薬物療法を検討します。

効果はマイルドであり、偽アルドステロン症による低 K 血症のチェックが必要になりますが、抑肝散は比較的安全に選択できる薬剤の一つです。保険適応のある「不眠」だけではなく、怒りっぽさや興奮に有効である場合があります。夜間の安定を得たいときは、夕方もしくは眠前に投与することから始めます。

たとえば、ガイドラインに記載されているリスペリドンは、焦燥・攻撃性・興奮といった症状をやわらげる効果を期待できますが、一方で錐体外路症状（歩行障害・転倒・嚥下障害）の出現に注意が必要です。用量は 0.5～2.0mg と記載されていますが、高齢者の場合は 0.5mg までに留めたほうが無難かもしれません。少量でコントロールが難しい場合は、増量を選択するよりも少量のバルプロ酸の併用（100～200mg）を検討してもよいかもしれません。

もしレビー小体型認知症が疑われる場合は、抗精神病薬に対する脆弱性（錐体外路症状が強くなる）がありますからリスペリドンは避けます。朝にドネペジル、夕方に抑肝散といった処方が比較的 안전한 選択です。どうしても抗精神病薬が必要になる場合は、糖尿病（禁忌）を除外した上で少量のクエチアピンを夕方もしくは眠前に追加する場合があります。ガイドラインに記載された用量は 25～100mg ですが、12.5mg 錠で開始するのが無難に思えます。

睡眠導入剤はできれば使いたくありません。どうしても必要な時には、ガイドラインではベンゾジアゼピン系睡眠薬を使用せず、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬を使用することが推奨されています。 $\omega$ 1 受容体作動薬であるゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロン、そしてメラトニン受容体作動薬であるラメルテオンなどです。

## 10 章 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、確実に認知症と診断がなされた後にされるべきであり、本人の受け入れや心理状態を考慮して行うべきである。そして可能な限り早期に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病状等の開示義務であり、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り、告知が自己決定権を保障するための情報開示の意味を持つからだと考えられています。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。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、認知症の人に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支援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。しかしながら、認知症の告知はすべての認知症の人に当てはまるものではありません。それに耐えられない精神状態の方には告知を控えるということもありえます。

今後は、がんの告知が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していく過程にならって、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、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ながら、暮らし続けることが可能となるでしょう。

しかし一方では、告知の問題には大きな課題が残されています。認知症の人の自動車運転や、人生の最終段階における医療の選択・希望を保証する事前指示等です。いずれも認知症の人の生活人生を尊重した上でのルール作りを急がねばいけません。

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ールガイドライン」  
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. 「世界認知症宣言 2013」 国際アルツハイマー病協会
9. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト」 京都府医師会
10. 「認知症の脳活性化リハビリテーション」 山口 晴保

## 【資料編】

- 資料 1：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）……27
- 資料 2：平成 23 年度版宇治市 もの忘れ連絡シート……28
- 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について……29
  - 書式 1：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  
（**かかりつけ医** ⇒ 宇治市認知症コーディネーター）
  - 書式 2：宇治市認知症初期集中支援チームコミュニケーションレポート  
（宇治市認知症コーディネーター ⇒ **かかりつけ医**）
- 資料 4：京都式オレンジプラン「10 のアイメッセージ」……32
- 資料 5：京都式認知症ケアパス概念図……33
- 資料 6：画像でみる認知症 4 大疾患……34

【資料 1】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) 認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日 平成 年 月 日

ご本人の氏名：		生年月日：大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )				男・女		同居・同居			
回答者の氏名：		本人との続柄：				所属・職種：					
認知機能障害・生活機能障害		1点		2点		3点		4点		備考欄	
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	a. まったくできない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	近時記憶					
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	a. まったくできない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶					
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	a. まったくできない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ						
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	a. まったくできない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見当識					
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	a. まったくできない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ						
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	a. まったくできない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ						
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決					
8	一日の計画を自分で立てることができませんか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決 判断力					
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	社会的 判断力					
10	一人で買い物はできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	買い物					
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	交通機関					
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	金銭管理					
13	電話をかけることができますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	電話					
14	自分で食事の準備はできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	食事の 準備					□本人 □家族 □その他( )
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	服薬管理					
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	入浴					
17	着替えは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	着替え					
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	排泄					
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	整容					
20	食事は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	食事					
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	移動					
DASC 18 項目の合計点						点	DASC 21 項目の合計点				点

【資料2】 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:

<p><input type="checkbox"/>置き忘れやしまい忘れが増えた</p> <p><input type="checkbox"/>大事な約束を忘れる</p> <p><input type="checkbox"/>物忘れの自覚がない</p> <p><input type="checkbox"/>直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする)</p> <p><input type="checkbox"/>感情は保たれているので一見普通に見える</p> <p><input type="checkbox"/>財布等を盗まれたなどと作り話をする</p> <p><input type="checkbox"/>時間や場所がわからなくなる</p>	<p><input type="checkbox"/>出来る事と出来ない事の差が大きい</p> <p><input type="checkbox"/>物忘れの自覚がある</p> <p><input type="checkbox"/>よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す</p> <p><input type="checkbox"/>昼夜が逆転している</p> <p><input type="checkbox"/>感情の起伏や喜怒哀楽が激しい</p> <p><input type="checkbox"/>すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある</p> <p><input type="checkbox"/>反応に時間がかかる</p> <p><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)</p>	<p><input type="checkbox"/>良い時と悪い時の差が激しい(日内変動)</p> <p><input type="checkbox"/>ありありとした幻視(人や動物が多い)</p> <p><input type="checkbox"/>パーキンソン症状がある</p> <p><input type="checkbox"/>寝言や睡眠中に叫ぶことが多い</p> <p><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)</p> <p>※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。</p>	<p><input type="checkbox"/>性格が別人のように見える</p> <p><input type="checkbox"/>万引きなどの無頓着な行動がある</p> <p><input type="checkbox"/>日に何度も同じコースを徘徊する</p> <p><input type="checkbox"/>性的な逸脱行為がある</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す</p> <p><input type="checkbox"/>反射的で衝動的な行動がある</p>
--	--	---	--

- 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった
- イライラして元気がなくなった
- 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
- 日や曜日を思い出せない
- 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
- 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
- ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす
- ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった
- 得意であった料理が一人では出来なくなった
- 月を間違える(月を思い出せない)
- 生活圏域から離れたところで道に迷う
- 食べたことを忘れる
- 薬やお金の管理ができない
- リモコンの操作ができない(道具が使えない)
- 家族がわからなくなる(娘を姉と間違う)
- 近所でも道に迷う／自宅のトイレの場所が分からない
- 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)
- 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)
- 物を見てもそれが何であるかが分からない
- 食べ物でないものを食べる(異食)
- 自分の物と人の物の区別がつかない
- 自発性が低下し自分からは何もしようとならない
- 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

### 【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について

### ■ 1 かかりつけ医から、宇治市認知症コーディネーター（※1）への連絡

※1 宇治市認知症コーディネーターとは

認知症の人やその家族が生活しやすいよう、地域の医療や介護、福祉との関係づくりを行うと共に、認知症の予防、普及啓発、家族支援、早期支援など、各種事業につなげる役割を担っています。宇治市全域を2つの圏域に分け、中宇治地域包括支援センターと北宇治地域包括支援センターで担当します。（社会福祉士2名・介護福祉士1名配置）

認知症又は認知症の疑いがあるために生活上の支援が必要な方（※2）について、宇治市認知症コーディネーターにサポート（介護の相談・受診支援など）を依頼したい時には、「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」（裏面 書式1）をぜひご活用ください。

（※2の例）

- ・専門医受診が望ましいが「受診を支援してくれる人がいない」「本人が受診を拒否する」といった理由で受診が実現しない。
- ・認知症本人への支援、または家族への支援が必要 など



### ■ 2 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

依頼内容について、すみやかに認知症コーディネーターから確認のご連絡をいたします。内容に応じて、以下の二つの方法で対応いたします。

① 地域包括支援センターで対応	認知症コーディネーターから圏域の地域包括支援センターに引き継ぎます。
② 認知症初期集中支援チームで対応	必要に応じて経過報告をし、支援終了時には下記の内容について「コミュニケーションレポート」（書式2）にて報告いたします。



### ■ 3 認知症初期集中支援チームから、かかりつけ医への報告

（コミュニケーションレポートの骨子）

- 1、課題の確認
- 2、認知症初期集中支援チームの相談経過
- 3、認知機能と身体機能のアセスメント結果（病型候補とステージ候補等）
- 4、課題の評価と今後の支援方針
- 5、添付資料：アセスメントシート（DASC・もの忘れ連絡シート・フェイスシートなど）

宇治市認知症コーディネーターへの連絡票は次ページ（書式1）



## 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

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内  
宇治市認知症コーディネーター 宛て

TEL 28-3686

FAX 28-3190

[医療機関]

[主治医名]

[TEL / FAX]

[依頼内容]

FAXの場合は、後ほど認知症コーディネーターから、ご依頼内容の確認のため、電話にてご連絡させていただきます。

その際、ご希望の日にち・時間帯がございましたら、下記にご記入ください。

ご希望の日にち・時間帯



先生御侍史

## 宇治市認知症初期集中支援チーム コミュニケーションレポート

作成日： 年 月 日

報告者：

平素はお世話になり誠にありがとうございます。  
この度、ご依頼のありました下記の方の支援経過について、ご報告いたします。  
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	大正 昭和	年	月	日(歳)
住所							
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 (      )						
課題							
チームの 相談経過							
アセスメント 結果	もの忘れ連絡 シート	病型候補 ステージ候補	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 該当なし				
	DASC 認知機能障害	/ 72点	MCIまたは正常 ・ 軽度 ・ 中等度以上				
	DBD 認知症行動障害	/ 52点	小 ←————— ————— —————> 大 26				
	Zarit 介護負担尺度	/ 32点	負担感小 ←————— ————— —————> 負担感大 16				
課題評価 ・ 総合評価							

※アセスメント結果の詳細につきましては、「添付資料」をご覧ください。

※添付資料  もの忘れ連絡シート    DASC    その他 (      )

※もの忘れ連絡シートとDASCの詳細は「認知症診療マニュアル」(宇治久世医師会HPからダウンロード可)の13~15ページに記載されています。

以上、報告させていただきます。ご不明な点は、以下までお問い合わせください。

宇治市認知症初期集中支援チーム

 中宇治地域包括支援センター   TEL: 0774-28-3686   FAX: 0774-28-3190 北宇治地域包括支援センター   TEL: 0774-21-8123   FAX: 0774-21-6800

## 【資料4】



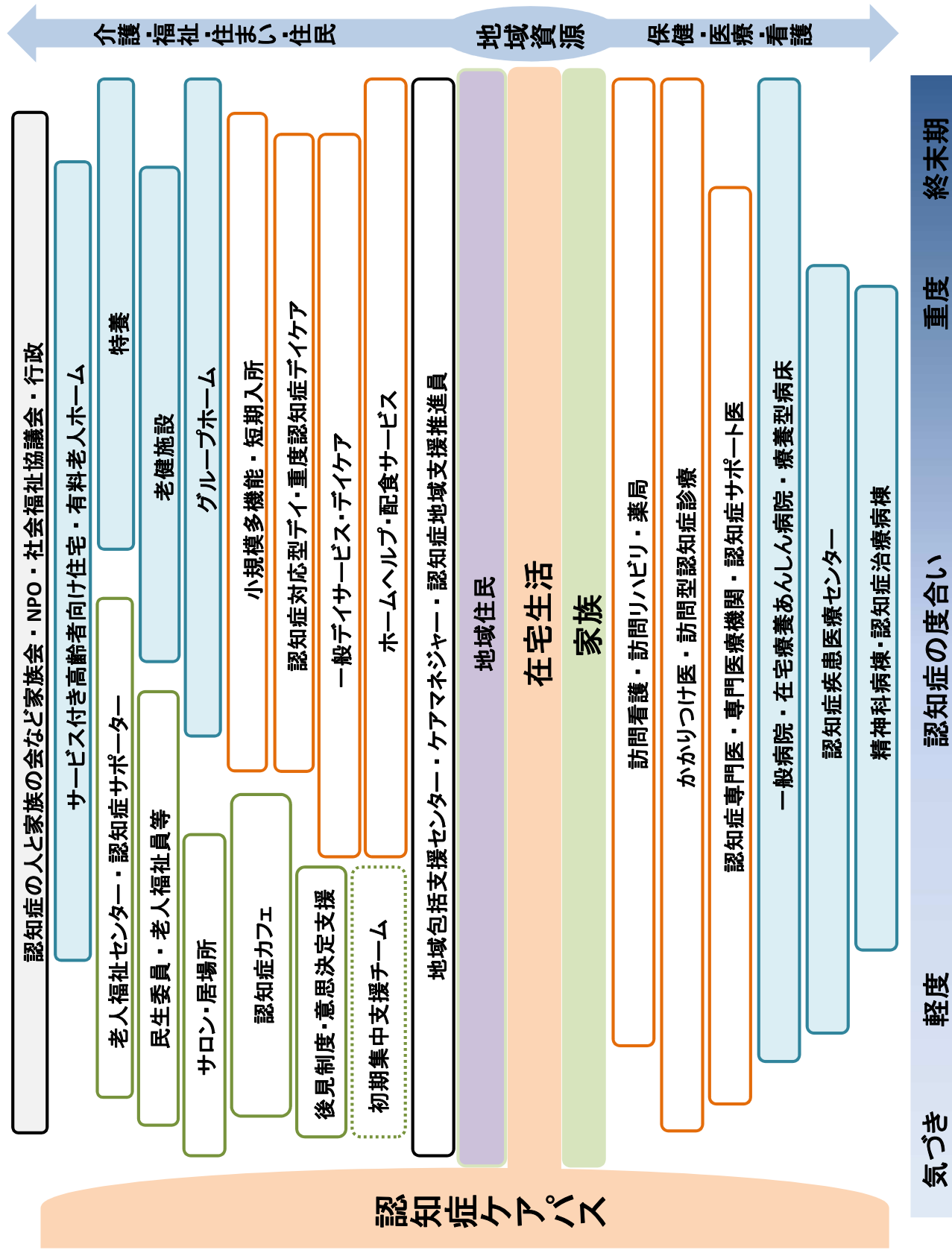
### ～京都式オレンジプラン「10のアイメッセージ」～

(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)



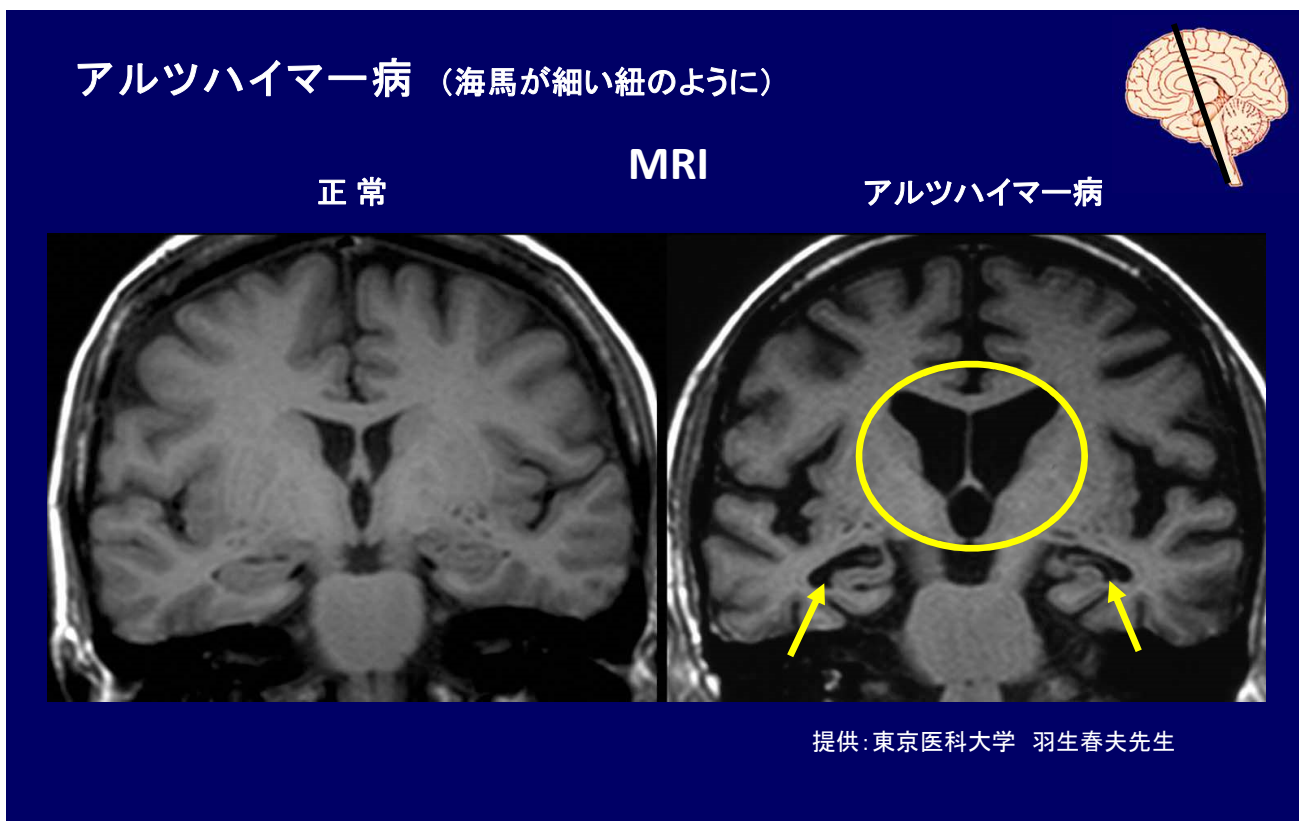
1. 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。
2. 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。
3. 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。
4. 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。
5. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんでいますすごしている。
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。

【資料5】京都市式認知症ケアパス概念図

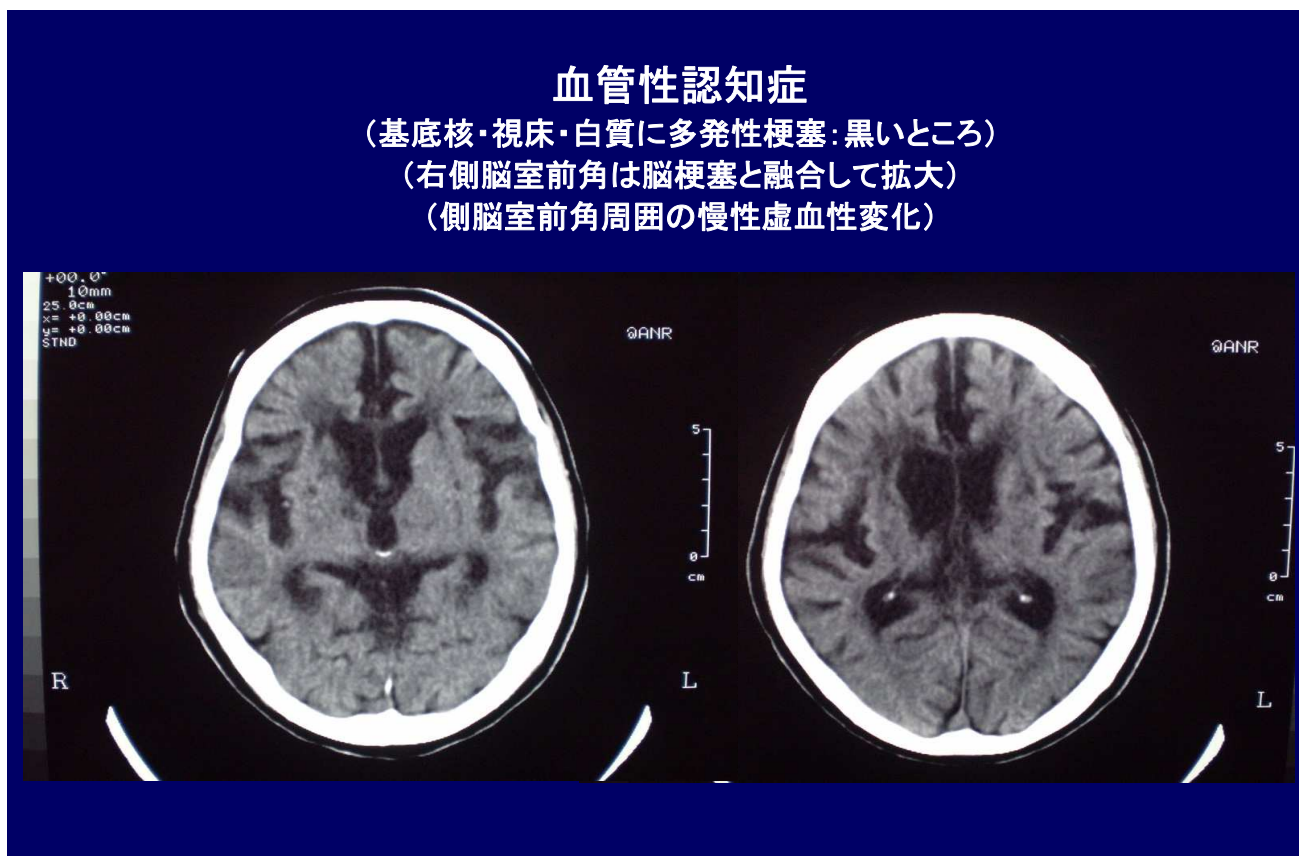


## 【資料6】 画像でみる認知症4大疾患（アルツハイマー病・血管性認知症）

- アルツハイマー型認知症の画像（海馬領域の萎縮がポイント）

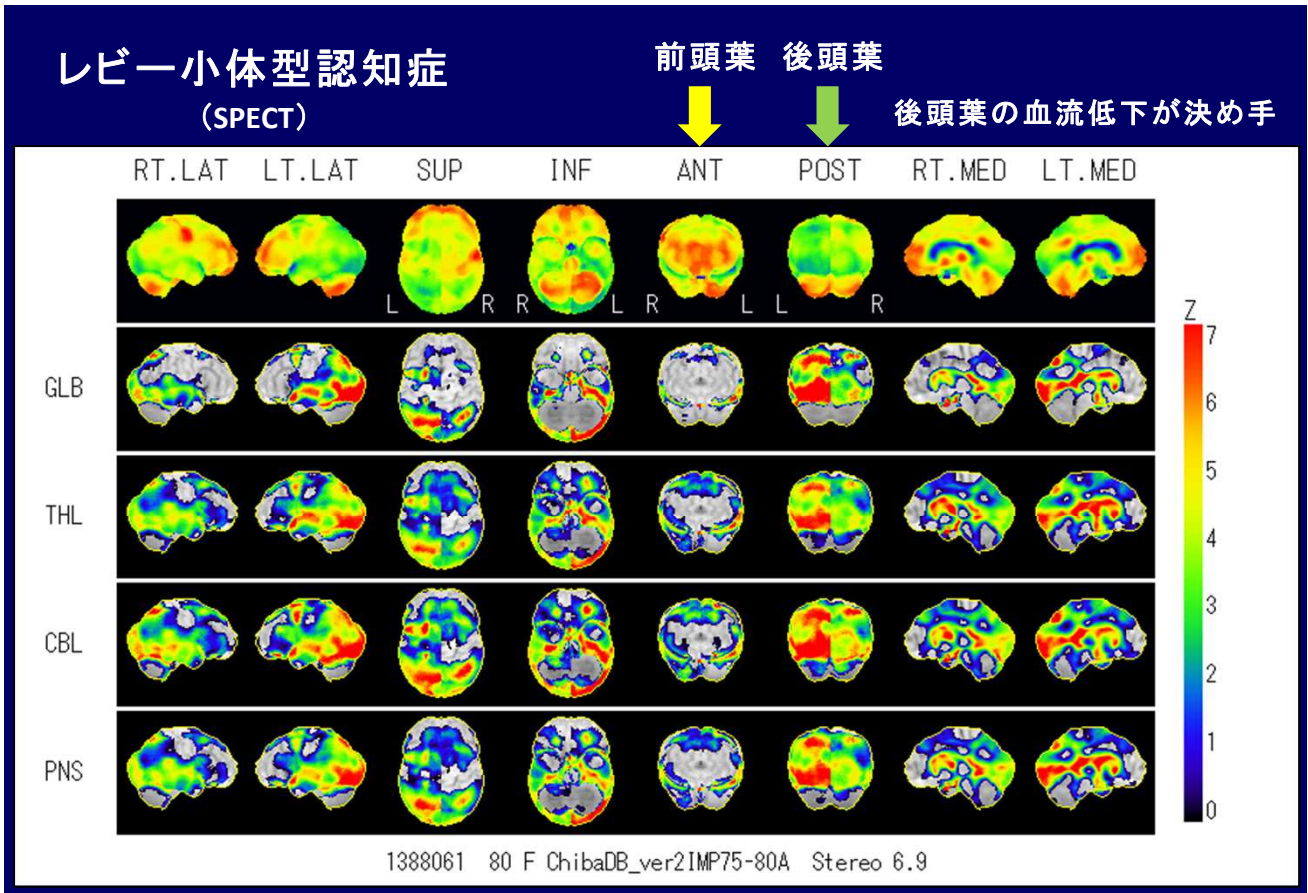


- 血管性認知症の画像（多発性脳梗塞型、Binswanger型）



【資料6】 画像でみる認知症4大疾患（レビー小体型認知症・前頭側頭型認知症）

- 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）

**前頭側頭型認知症（側脳室前角の風船様拡大、前半分の萎縮）**



発行日 2014年6月（2016年11月改訂）

発行 一般社団法人 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）

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 医療介護連携推進事務局

〒611-0021 京都府宇治市宇治下居13-2

TEL：0774-24-1711 FAX：0774-24-8761

※ 認知症診療マニュアルの最新版は下記ホームページからもダウンロード可能です。

① 宇治久世医師会のホームページ (<http://www.ujikuse.kyoto.med.or.jp/>)

② 宇治市・城陽市・久御山町ココカラまるごとねっと

(<http://ujk-kokokara.net/>)

宇治久世医師会の医療・介護・福祉の総合情報サイトです。

詳しくは「ここからまるごと」でご検索ください。

右のQRコードからもアクセスできます。

