

此花区医師会

かかりつけ医のための 認知症対応マニュアル

(第 1 版)

令和3(2021)年1月1日

此 花 区 医 師 会

目 次

◇はじめに	2
◇認知症施策推進大綱	2
◇かかりつけ医の役割	3
◇認知症って？	3
◇診断の流れ	7
①きっかけ	7
②受診	7
③診察・検査	8
④診察	9
○ DASC-21	10
○ 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)	11
○ ミニメンタルステート検査(MMSE)	12
◇治療の流れ	15
①認知症の非薬物療法	15
②認知症の薬物療法	15
③BPSD(認知症の行動・心理症状)への対応と治療	16
◇軽度認知症障害(MCI)	18
①MCIとは	18
②MCIの概念	18
◇認知症疾患医療センター	18
◇認知症サポート医	19
◇早期発見・対応の意義	19
◇認知症初期集中支援チーム(このはなオレンジチーム)	19
○ このはなオレンジチーム・チラシ	20
◇高齢ドライバー対策	22
○ 警察庁・都道府県警察チラシ「#8080」(シャープ ハレバレ)	23
◇成年後見制度	24
◇此花区多職種連携シート	25

◇はじめに

国は、令和元(2019)年6月18日に、「認知症施策推進大綱」をとりまとめました。そこでは、「認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる“共生”を目指し、認知症バリアフリーの取組を進めていくとともに、“共生”の基盤の下、通いの場の拡大など“予防”の取組を政府一丸となって進めていきます」との趣旨が謳われています。そして、地域包括ケアシステムの構築を旗印に、認知症の方を含む高齢者を支える、やさしく安全な地域づくりが求められています。現在、地域の中には、軽度認知障害(MCI)を含む大勢の認知症の方がおられると推察されます。

その中で、特に、アルツハイマー型認知症などに対して、専門医でない**かかりつけ医**の先生がかかわれる(診られる)ように、今般このマニュアルを作りました。そして、必要に応じて専門医の先生と連携し、関係する多職種との協働、情報共有の中で、認知症の方々にとって、過ごしやすい街をめざしたいと考えています。

◇認知症施策推進大綱 ～令和元(2019)年6月18日～

認知症施策推進関係閣僚会(議長:内閣官房長官)から、「認知症施策推進大綱」が出されました。ポイントとしましては、認知症の人との「共生」と「予防」の2つを車の両輪として、施策を推進していくことが挙げられます。新オレンジプランでは、認知症の方が住み慣れた地域で自分らしく生活し続けられるよう、社会全体で高齢者を支える「共生」に重点が置かれてきましたが、新大綱では、認知症の「予防」についての具体的施策が提示され、「通いの場」の重要性が説かれています。

認知症施策推進大綱の概要

—令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議決定—

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「**共生**」と「**予防**」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

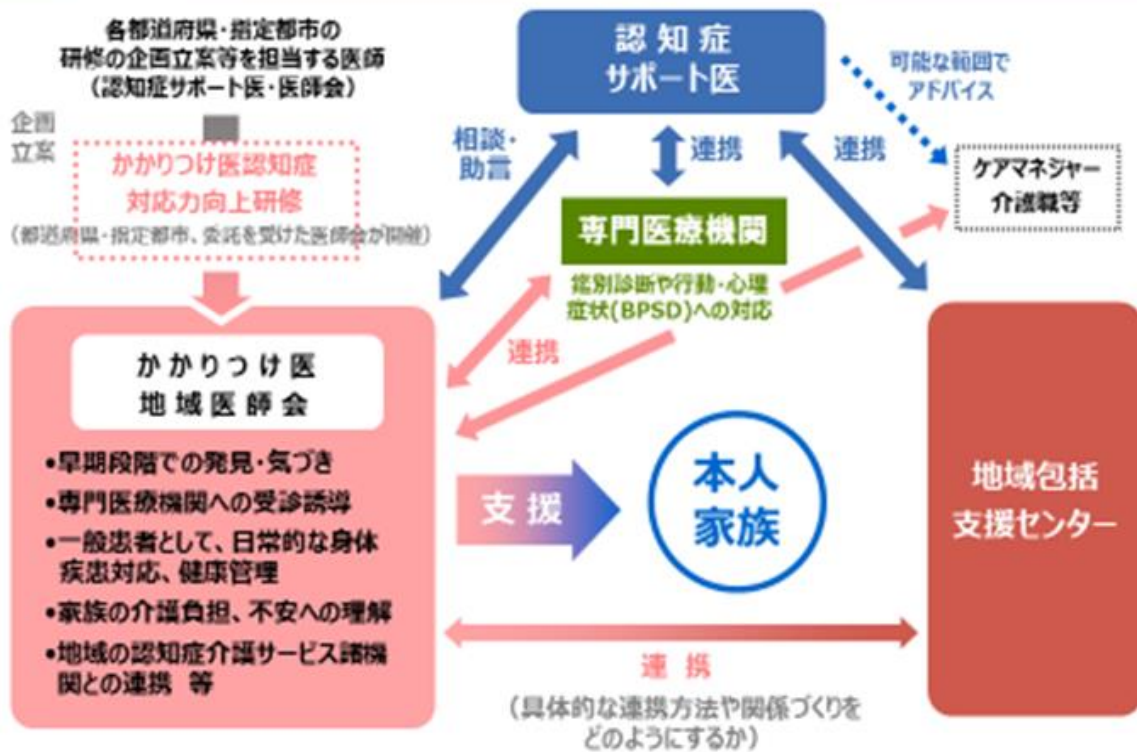
認知症の人や家族の視点を重視

令和元年度認知症サポート医養成研修資料より

◇**かかりつけ医**の役割 ～令和元年度認知症サポート医養成研修資料より～

早期からの認知症高齢者支援体制の中での、**かかりつけ医**の役割として、早期段階での発見・気づき、専門医療機関への受診誘導、日常的な身体疾患対応・健康管理（一般患者として）、家族の介護負担、不安への理解、地域の認知症介護サービス諸機関との連携などが挙げられています。

早期からの認知症高齢者支援体制



◇**認知症って？** ～内閣府「政府広報オンライン」令和2(2020)年5月19日号より～

○認知症とは、老いにともなう病気の一つとされ、さまざまな原因で脳の細胞が死ぬ、または働きが悪くなることによって、記憶・判断力の障害などが起こり、意識障害はないものの社会生活や対人関係に支障が出ている状態（およそ6ヶ月以上継続）をいうとされています。



○認知症の診断基準（DSM-5）として、(1) 1つ以上の神経認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。(2) 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。(3) 認知機能の低下はせん妄のときのみには現れるものではない。(4) 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できるの4点が挙げられています。〈令和元年度認知症サポート医養成研修資料〉

※複雑性注意：注意を維持したり、振り分けたりする能力

実行機能：計画を立て、適切に実行する能力

学習および記憶

言語：言語を理解したり表出したりする能力

知覚 - 運動：正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力

社会的認知：他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力

○年をとればだれでも、思い出したいことがすぐに思い出せなかったり、新しいことを覚えるのが困難になったりしますが、認知症は、このような「加齢によるもの忘れ」とは違います。例えば、体験したこと自体を忘れてしまったり、もの忘れの自覚がなかったりする場合は、認知症の可能性ががあります。

「加齢によるもの忘れ」と「認知症によるもの忘れ」の違い		
もの忘れ	加 齢	認 知 症
体験したこと	一部を忘れる 例) 朝ごはんのメニュー	すべてを忘れている 例) 朝ごはんを食べたこと自体
もの忘れの自覚	ある	ない
探し物に対して	自分で努力して見つけようとする	誰かが盗ったなどと、他人のせいにするところがある
日常生活への支障	ない	ある
症状の進行	極めて徐々にしか進行しない	進行する



○認知症の疾患として、代表的なものは次の通りです。いくつかの認知症の原因として、異常なタンパク質が脳に溜まることや、脳の神経細胞が死ぬことにより発症することが報告されています。なお、遺伝によるケースは稀であり、さらに働き盛りの世代でも発症するおそれもあることから、認知症は誰にでも起こりうる病気と言えます。

■アルツハイマー型認知症

最も多い。記憶障害（もの忘れ）から始まる場合が多く、他の主な症状としては、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない、薬の管理ができないなど。

■前頭側頭型認知症

会話中に突然立ち去る、万引きをする、同じ行為を繰り返すなど性格変化と社交性の欠如が現れやすい。

■レビー小体型認知症

幻視や筋肉のこわばり（パーキンソン症状）などを伴う。

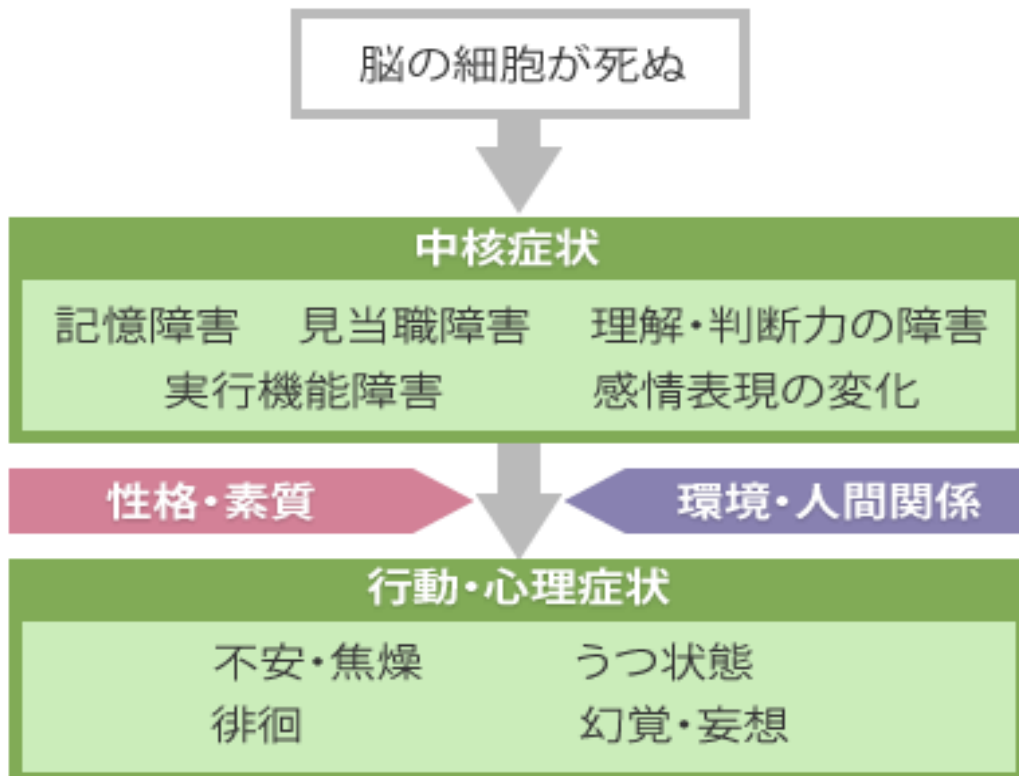
■脳血管性認知症

脳梗塞や脳出血、脳動脈硬化などによって、一部の神経細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れたりする。記憶障害や言語障害などが現れやすく、アルツハイマー型と比べて早いうちから歩行障害も出やすい。



○認知症には、「中核症状」と「行動・心理症状」の2つの症状があります。前者は、脳の神経細胞が死んでいくことによって直接発生する症状で、周囲で起こっている現実を正しく認識できなくなります。具体的には、(1)記憶障害、(2)見当識障害、(3)理解・判断力の障害、(4)実行機能障害、(5)感情表現の変化です。

後者は、本人がもともと持っている性格や環境、人間関係など様々な要因がからみ合って起こる、うつ状態や妄想といった心理面・行動面の症状です。症状例としては、①能力の低下を自覚して、元気がなくなり引っ込み思案になる、②今まで出来たことが上手く出来なくなって、自信を失い、すべてが面倒になる、③自分のしまい忘れから、他人へのもの盗られ妄想が出てくる、④嫁が家の財産を狙っているといった、オーバーな訴え・行動がちぐはぐになって徘徊をするなどです。



○平成 26(2014)年度に公表された新しい推計によれば、日本の認知症高齢者数は、平成 24(2012)年の約462万人から、平成 27(2015)年に約517万人、令和7(2025)年には、約675万人になると推計されています（認知症の有病率が一定である場合）。今後、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進・充実が求められています。〈令和元年度認知症サポート医養成研修資料より〉

認知症の将来推計について

項 目	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和7年 (2025)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462 万人 (15.0%)	517 万人 (15.7%)	675 万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525 万人 (16.0%)	730 万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380 万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

一方、認知症高齢者ケアを実践するための具体的な条件として、(1)できるだけ自宅の規模を大きく逸脱しない小規模な居住空間に、(2)家庭的な雰囲気・設えを工夫して、(3)少人数の高齢者をいつも同じ顔ぶれの少人数のスタッフが顔の見える関係（なじみの関係）で支えるケアの形を整えるとともに、(4)可能であれば、住み慣れた地域で必要な援助を受けながら暮らし続けられるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を構築することが望まれます。そして、これらの条件を兼ね備えたサービスとして、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）などが挙げられます。

認知症高齢者ケアの基本

～ 日常生活圏域を基本としたサービス体系の構築 ～

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続

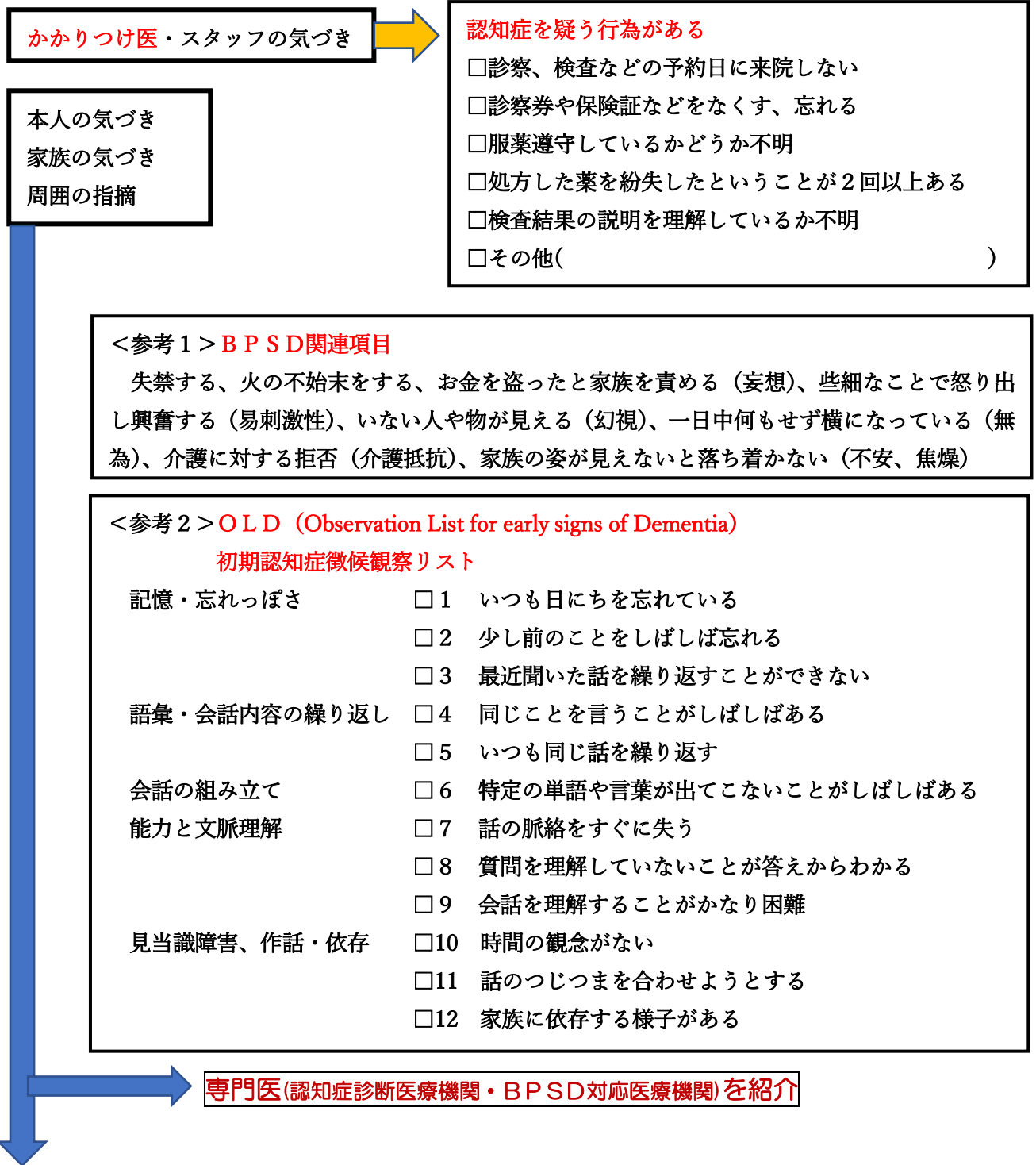
普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

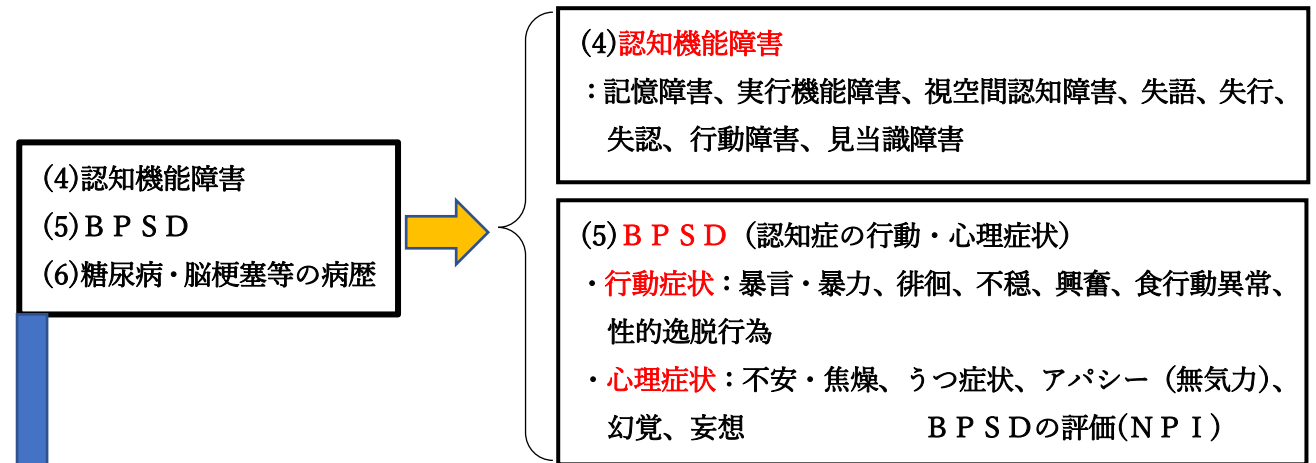
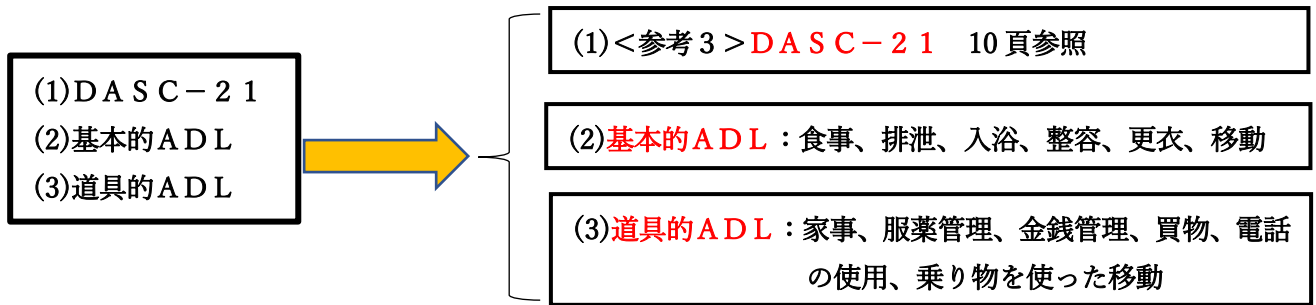
◇診断の流れ ～河内長野市医師会かかりつけ医のための認知症対応マニュアルより～

①きっかけ



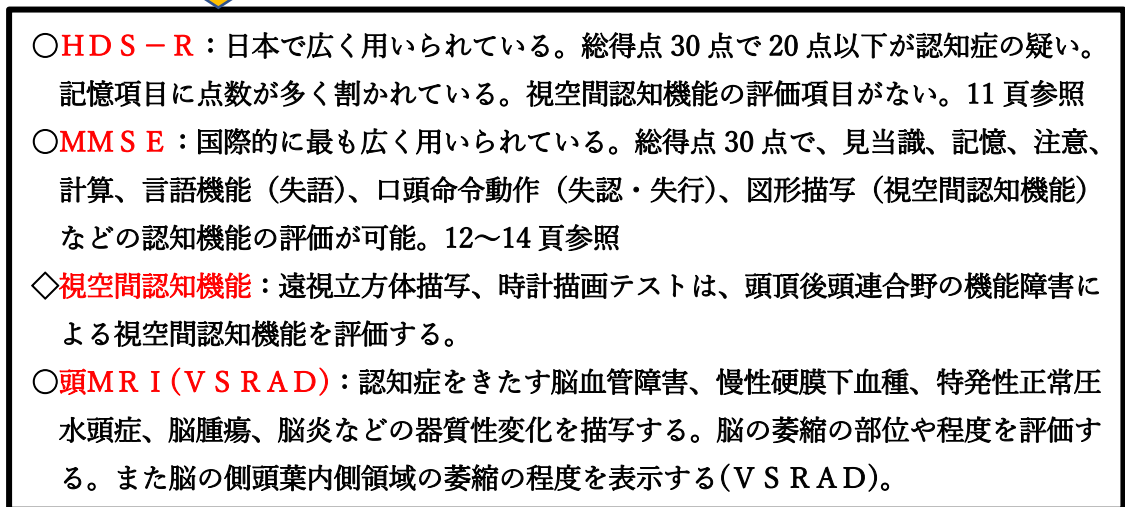
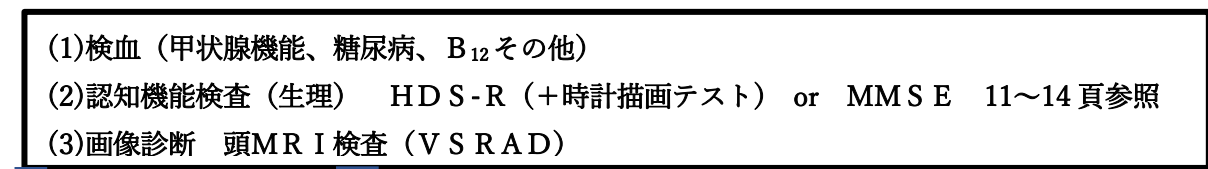
②受診

対象者の日頃の生活ぶり、言語、態度、気分などについての客観的な情報・病歴が欠かせません。そのため同居の家族、施設入所者であれば施設職員、独居であれば近所の方や民生委員児童委員、地域包括支援センターがかかわっていればその職員からも話を聞くことが必須です。また、患者が一人で来た場合は、別の日などに本人のよく知る人にも協力してもらうようにしましょう。



専門医 (認知症診断医療機関・B P S D 対応医療機関) を紹介

③ 診察・検査



専門医 (認知症診断医療機関・B P S D 対応医療機関) を紹介

