

福岡県医師会 第 297 号（地）
令和 2 年 4 月 27 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

「かかりつけ医のための認知症マニュアル 第 2 版」図書の案内について

今般、株式会社社会保険研究所より日本医師会編集による標記図書を下記のとおり特別価格で提供する旨、案内がありました。

本書は、初版発行時から 5 年を経過していることから、新たな認知症施策推進大綱をはじめとした最新の認知症施策に対応するとともに、高度化する診断技術や治療など、かかりつけ医が日常診療の際に参考となるポイントを解説し、より実践的な内容にリニューアルしております。

つきましては、貴会会員に周知いただき、別紙の購入申込書により 令和 2 年 9 月 30 日（水）までに 貴会より直接、株式会社社会保険研究所宛て F A X（0 3 - 3 2 5 2 - 7 9 7 7）にてお申込み下さい。

なお、

- 1) 送料は 1 回の発送につき、25 冊未満の場合は 440 円（税込）、25 冊以上の場合は無料です。
- 2) お申込みから 1 週間程度で納品されます。
- 3) 請求書類、払込取扱票は、図書に同封の上、送付されます。

記

『かかりつけ医のための認知症マニュアル 第 2 版』

公益社団法人 日本医師会 編
西島英利〔監修〕

瀬戸裕司（本会専務理事）／阿部康二／池田学／浦上克哉／江澤和彦
武田章敬／渡辺憲〔著〕

特別価格 880 円（税込）（定価 1, 100 円）B 5 版、136 頁

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 古川哲也
会長 島田昇二郎

上記書籍購入申込の方は、別紙にて 5 月 20 日までに当医師会事務局へお申し込みください。

小郡三井医師会宛(締切 5 月 20 日(水))

FAX73-1559

「かかりつけ医のための認知症マニュアル 第 2 版」 購入申込書

冊

医療機関名

かかりつけ医のための 認知症 マニュアル

公益社団法人 日本医師会 編

第2版

西島英利 監修

阿部康二／池田 学／浦上克哉／江澤和彦／
瀬戸裕司／武田章敬／渡辺 憲 著

定価 本体 1,000 円＋税／B 5 判・136 頁
ISBN978-4-7894-1827-0 C3047 ￥1000E

発売中



商品No. 160461

「認知症施策推進大綱」をはじめとした、
我が国の認知症施策の新しい展開に対応!

新たな執筆陣を加え、診断技術・治療などの
最新情報を収載し全面改訂

●認知症を前提とした社会の構築が不可欠

我が国の認知症患者数は2025年には約730万人に達し、有病率は高齢者の5人に1人と推計されています。さらに、2040年に高齢者の4人に1人、2060年には高齢者の3人に1人が認知症を発症すると予測されており、認知症を前提とした社会の構築が不可欠となっています。

●かかりつけ医が日常的に医学管理

2019年6月、国は「認知症施策推進大綱」を取りまとめ、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することが示されました。この中で、2025年までの認知症対応力向上研修受講者数の目標値が「かかりつけ医」9万人、「認知症サポート医」1.6万人と上方修正されました。

今や認知症はかかりつけ医が専門医との連携の

下、日常的な医学管理を行う疾患と位置付けられています。

●本人に寄り添うケアが重要

認知症には効果的な治療薬がない反面、良質なケアや環境づくりによって、生活の質の向上が出来ます。BPSDの対応も非薬物療法を原則としており、その原因となる本人の不安や葛藤を取り除くために、本人の生活史、周囲のかかわり方や落ち着く環境、日常生活での役割等の視点からアプローチすることにより改善が可能です。

本人の心が安定し落ち着いた穏やかな時間をできる限り保つケアの提供が重要になります。

●医療機関における対応力の向上に期待

日本医師会は「認知症の相談はかかりつけ医に」と呼びかけています。認知症を発症するリスクを軽減する予防法や、認知症になっても進行を抑制する治療を通じて認知症の人の意見が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会にするために、本マニュアルを通じて医療機関における対応力がさらに向上し、認知症の発生が減少することが期待されています。

◆(本書「はじめに」「おわりに」より)

社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田2-15-9 The Kanda 282
TEL: 03-3252-7901 FAX: 03-3252-7977

第2版刊行にあたって 横倉義武
はじめに 江澤和彦

第1章 認知症施策の現状について

1. 認知症施策の現状
2. 新オレンジプラン
3. さらなる認知症施策の推進

第2章 認知症の診断と評価指標

1. 診断基準と画像所見
2. 評価指標
3. 認知症が疑われた時の初回診察の流れ
4. 専門医との連携

第3章 認知症の治療と症状への対応

1. 診断
2. 認知症の原因疾患の鑑別ポイント
3. 治療と対応
4. 認知症患者の日常診療

第4章 認知症の予防

1. 認知症予防について
2. 生活習慣病治療による認知症リスク管理

第5章 かかりつけ医を中心とした認知症の人にやさしい地域づくり

1. 地域包括ケアシステムの構築へ向けて
2. 認知症とかかりつけ医の役割・認知症の人と家族を支えるケア
3. 認知症サポート医
4. 認知症初期集中支援チーム
5. 成年後見制度について
6. 認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成について
7. 認知症支援とかかりつけ医の役割
8. 認知症と医療保険
9. 認知症と介護保険

おわりに 西島英利

監修 西島英利（小倉蒲生病院理事長 元参議院議員）
著 阿部康二（岡山大学大学院・医歯薬学総合研究科 脳神経内科学教授）
池田 学（大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学教室教授）
浦上克哉（鳥取大学医学部 教授）
江澤和彦（医療法人博愛会・医療法人和香会・社会福祉法人優和会理事長 公益社団法人日本医師会常任理事）
瀬戸裕司（公益社団法人福岡県医師会専務理事・ゆう心と体のクリニック院長）
武田章敬（国立長寿医療研究センター 医療安全推進部長 もの忘れセンター副センター長）
渡辺 憲（社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院理事長・院長 公益社団法人鳥取県医師会会長）

【内容一部抜粋】

第3章 認知症の診断と評価指標 より

第2章 認知症の診断と評価指標

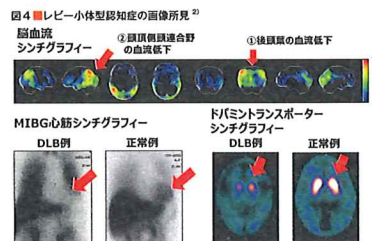
5 レビー小体型認知症の診断基準と画像所見

2017（平成29）年6月に新たに発表されたレビー小体型認知症（DLB）の診断基準³⁾を示します。本診断基準ではこれまでの認知機能の動揺、幻視、パーキンソンズムに加えて、レム睡眠行動異常症も中核症状に位置づけられました。

1. 社会・職業・日常生活に支障がある程度の進行性認知機能障害の存在
初期には持続的で顕明な記憶障害は目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。
注意、実行機能、視空間認知の障害が目立つことがしばしばある。
2. 中核症状
1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
3) レム睡眠行動異常症（認知機能障害に先行することもある）
4) パーキンソンズム（動作緩慢、静止時振戦、筋強剛のうち1つ以上）
3. 示唆する症状
1) 重篤な抗精神病薬過敏 2) 姿勢の不安定性
3) 繰り返し転倒 4) 失神または一過性の応答不良
5) 重篤な自律神経障害（例：便秘、起立性低血圧、尿失禁）
6) 過眠 7) 嗅覚鈍麻
8) 幻視以外の幻覚 9) 系統的な妄想
10) アパシー、不安、うつ
4. 指標的バイオマーカー
1) SPECT、PETで基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下
2) MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
3) 睡眠ポリグラフ検査での筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認
5. 示唆的バイオマーカー
1) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
2) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下（FDG-PETでcingulate island signを認めることあり）
3) 脳波において後頭部の顕明な徐波活動

Probable DLB: 2つ以上の中核症状、または1つの中核症状と1つ以上の指標的バイオマーカーが存在
Possible DLB: 1つの中核症状があるが指標的バイオマーカーがない、または1つ以上の指標的バイオマーカーがあるが、中核症状がない

診断基準の指標的バイオマーカーや示唆的バイオマーカーにも含まれますが、レビー小体型認知症の特徴的な画像所見を示します（図4）。



6 行動障害型前頭側頭型認知症の診断基準と画像所見

Rascovskyらによって提唱された行動障害型前頭側頭型認知症（bvFTD）の診断基準⁴⁾を示します。

早期とはおおむね発症3年以内を示し、社会的に不適切な行動や礼儀や礼儀の欠如、衝動的で不注意な行動といった「行動の脱抑制」、自発性の低下を示す「無関心や無気力」、他人の気持ちを察することができず、社会的な興味や他者との交流を欠いた「共感、感情移入の低下」、決まったコースを歩き続ける、一日の日程が固定されそれを繰り返す（時刻表的生活）などの「常同行動」、過剰な食欲亢進や甘いものを大量に食べるといった「食行動の異常」がみられます。無関心・無気力がみられる一方で常同行動は執拗に繰り返すといった二面性を有し、実行障害が強い割にエピソード記憶や視空間機能が保たれることが多いといった特徴があります。

前提：観察または病歴から行動および/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち3つを認めれば possible bvFTD

- A 早期からの行動の脱抑制
- B 早期からの無関心または無気力
- C 早期からの共感または感情移入の欠如
- D 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動
- E 咀嚼や食行動の変化

第4章 認知症の予防

浦上克哉 ① / 阿部康二 ②

① 認知症予防について

予防という病気の発症予防だけが予防だと思っている人が多いようです。これは狭義の予防ですが、広義の予防には病気の発症予防（第1次予防）だけでなく、病気の早期発見・早期治療（第2次予防）、そして病気の進行防止（第3次予防）があります。

予防の概念は医療、福祉、介護を学ぶ専門職が公衆衛生学の教科書で必ず学ぶ内容ですが、認知症予防においても第1次から第3次までの予防にしっかりと理解し取り組んでいく必要があります。

認知症をきたす疾患は数多くあり、各疾患により病態が異なり、予防対策も同じではありません。認知症をきたす疾患は多くありますが、代表的な4大認知症と呼ばれるものには、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、前頭側頭型認知症があります。

まず、認知症をきたす4大疾患とその予防から述べます。

② 4大認知症とその予防

① アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症の臨床的特徴は、もの忘れで発症し、楽天的な雰囲気（あまり深刻な雰囲気がない）、ゆっくりと症状が進行します。

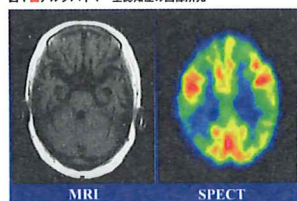
局所神経機構を欠いており、手足の麻痺や錐体外路機構（パーキンソン様症状）がなく、外見上まったく異常がないように見えます。

画像検査では、MRIで海馬の萎縮を示唆する側脳室下角の拡大所見、SPECT（脳血流シンチ）で側頭・頭頂葉の血流低下を示します（図1）¹⁾。

予防対策として、若年期（10歳～20歳）は高等教育、中年期は生活習慣病対策、認知力低下対策、老年期は運動、知的活動、コミュニケーションが重要といわれています。

高齢者においては、認知機能が正常な段階では公民館活動などへの参加、認知機能が低下してきた段階では地域で行っている予防教室への参加が望まれます²⁾。

図1 ■アルツハイマー型認知症の画像所見



② 血管性認知症

血管性認知症の症状では、記憶障害はもちろんありますが、意欲低下、感情失禁などが目立ちます。

アルツハイマー型認知症が比較的家観的な雰囲気なのに対して、血管性認知症では悲観的な雰囲気強いです。

血管性認知症では必ず脳血管障害が存在するので、神経学的所見を有することが多いです。

明らかに麻痺はなくても、軽度な麻痺でバレサイン（図2）を行うとわかるようなもの、歩行障害（闊歩歩行、図3）などが見られます。

バレサインとは、両手の手のひらを上にして前に差し出し、閉眼してもらう。そうすると、麻痺のある側の手が図2のように下がってきます³⁾。

CT/MRIなど画像検査では、典型的なアルツハイマー型認知症では血管障害病変を伴わず脳萎縮のみであるのに対して、血管性認知症では脳萎縮とともに脳梗塞病変などの脳血管障害所見を呈することが多くなります（図4）。

SPECTではアルツハイマー型認知症が側頭・頭頂葉に血流低下が見られるのに対して、血管性認知症では通常、前頭葉の血流低下がみられます（図5）。

血管性認知症は、動脈硬化が基盤に

図2 ■バレサイン



第5章 かかりつけ医を中心とした認知症の人にやさしい地域づくり より

図5 ■かかりつけ医を中心とした認知症の人にやさしい地域づくり

図1 ■かかりつけ医による診断書作成フローチャート

※赤色部分は診断・医学的判断、青色部分は患者への対応についての留意点

かかりつけ医には、基本的に患者が健康で安全な生活を送るよう指導・支援を行う役割が求められます。すなわち、疾病により、あるいは高齢に伴って歩行が不安定で転倒のリスクが高い患者に、杖や手すりを用いて移動するように指導すると同時に、明らかに認知機能の障害が進みつつあり、自動車運転に危険が予想されるケースにおいては、運転の禁忌を説明し、また、免許更新の際に診断書を求められた場合には、適切な診断することが重要です。一方、認知機能低下がみられても、明らかに認知症レベルは判断されない境界性（軽度認知障害：MCI）のケースも少なくありません。

診断書作成にあたっては、画像検査は必須ではありませんが、認知機能検査（HDS-R、または、MMSE）は必ず実施してください。運転免許センターにおける認知機能検査において前1分間に判定された人は、「CDR 1以上の認知症が疑われるレベルに該当しますので、医師が診断書にサインした認知機能検査（HDS-R、MMSE）が20点以下であれば、認知症の可能性が高いと考えられます。以上、認知症の原因疾患の6割を占めるアルツハイマー型認知症（DAT）に比べて当てはまります。継続して進行する認知機能障害が確認され、日常生活にも支障がみられ、HDS-R、MMSEの得点が上記以下の患者は、DATを念頭に総合的に診断していただきます。また、これらの得点が21点以上かつ25点以下で、進行性の認知機能低下があれば、MCIの可能性を検討します。

また、レビー小体型認知症（DLB）、前頭側頭型認知症（FTD）等では、検査得点が高くても認知症として診断すべきケースがあります。人格変化、行動障害がみられるケース、寝つきの感情障害、幻覚妄想症状がみられるケース、意識レベルの変動なし一過性の意識障害がみられるケース等、専門医からの診断を仰ぐことが望まれます。さらに、もともとの認知機能、失禁を伴う等、HDS-R、MMSEの得点から認知症の存在を推定することが難しいケースも稀にあります。

※HDS-R：改良版 Mattis 認知機能検査スケール

※MMSE：ミニメンタルステート検査

※CDR：Clinical Dementia Rating Scale (CDR)：Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease 作成の認知症重症度の評価尺度で、0-5：軽度認知、1：軽度認知、2：中重度認知、3：重度認知

① 少なくとも1年以上定期的に診察を行っている患者、患者の心身の状態、生活状況を、可能であれば家族からの情報も含め、よく把握できている患者。また、認知機能の障害について、患者自身にもよく説明し、理解を求めることが重要である。（※5分程度）

かかりつけの患者の場合
①

これまでの診療をふまえて対応する
②

臨床所見等から認知症と診断できる場合、診断の上、記載する
③

診断書作成の依頼があった場合

かかりつけの患者でない場合
④

画像検査が必要のため記載できない等の場合、専門医療機関を勧める
⑤

臨床所見・検査結果等からは診断しにくい場合、専門医療機関の診断を勧める
⑥

① 全くの初診、または、きわめて不定期の受診で、病状、生活状況の把握が得られず、かつ本人の同意が得られないケースについては、本人および家族が同意し、かつ医師が、十分な診察を行うことができれば、HDS-R、MMSE等を実施の上で、家族等から自らの生活状況を聴取し、総合的に診断を行うこともよい。

② 一方、認知症が強く疑われるも、認知機能低下を強く否認する患者、または、認知症ではない等の診断書発行を強く求めるケースにおいては、診断書作成に関する情報、検査を保持診療を行うこと自体が適切でない場合もある。この場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

また、患者の求めに応じて、医学的根拠なしに、認知症ではない等の診断書を作成することは倫理的に望まれない。

④ 1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継続的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

⑤ 1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継続的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

⑥ 臨床所見、認知機能検査、家族等からの情報を総合しても、診断が困難な場合も同様である。

④ 1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継続的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

⑤ 1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継続的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

⑥ 臨床所見、認知機能検査、家族等からの情報を総合しても、診断が困難な場合も同様である。

④ 1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継続的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

⑤ 1回の診察のみで、しかも普段の生活状況とその障害の有無、さらにこれらの継続的推移について、家族等からの情報が全く得られないケースにおいては、専門医療機関で診断を受けることを勧める。紹介受診に同意が得られない場合、専門医療機関の受診方法につき専門医の運転免許担当医に相談する。

⑥ 臨床所見、認知機能検査、家族等からの情報を総合しても、診断が困難な場合も同様である。