

認知症診療 スタートブック

かかりつけ医と
チームで進める
現場の実践

〔著〕 内門大丈

医療法人社団彰耀会 理事長
メモリーケアクリニック湘南 院長
横浜市立大学医学部 臨床教授

中外医学社

序文

かかりつけ医の役割は、病気を診ることだけではありません。患者さんの人生に寄り添い、その人らしさを守ることが使命です。認知症診療では、殊に大切です。

記憶が薄れ、言葉が失われていく患者さんその人は「誰でもない存在」になっていくわけではありません。自分の名前を忘れてしまっても、その人が消えるわけではありません。私たちは、「病」ではなくその「人」に接しているのです。そして、その人が「今日を生きることを大切にする（cherish everyday）」ために、医療者としての自分は何ができるかと、問い続けましょう。

この仕事は容易ではありません。病気の進行を止められない無力感、ご家族の苦しみ、支援の限界——現実直面すると、心が折れそうになります。でも、かかりつけ医とは「最後まで共に歩み続ける」存在です。そのためには、自分一人ですべてを抱え込むのではなく、信頼できる仲間と共に支え合いながら、患者さんやご家族に寄り添います。診療の枠を超えて、多職種と連携し、さらには地域全体で支えていく活動こそが、これからの時代に求められる医療の在り方です。

本書『認知症診療スタートブックーかかりつけ医とチームで進める現場の実践ー』は、その視点に立ち、認知症診療の基本的な考え方と、実際の診療に役立つ知識やアプローチをまとめたものです。かかりつけ医は認知症の「専門医」ではなくても、患者さんやご家族にとって「最も身近な存在」です。だからこそ、病気の進行にどう向き合うか、どのように支援を続けるかを、現場の視点で考えることが求められます。本書が、日々の診療においてお役に立つことを祈っています。

本書の執筆にあたり、ご多忙の中、コラムを寄稿してくださった浦上克哉先生、小野賢二郎先生、笠貫浩史先生、小林良太先生、坂下泰浩先生、繁田雅弘先生、高橋牧郎先生、武部貴則先生、馬場康彦先生、平原佐斗司先生、眞鍋雄太先生（五十音順）に、心より感謝申し上げます。

そして、私を認知症診療の世界へ導いてくださった故・小阪憲司先生に、敬意と感謝を捧げます。また、2020年1月から文通を続けてくださっている神田橋條治先生に、心からの感謝を申し上げます。先生は、精神療法を「技術」ではなく、人と人が関わり合う治療であると説かれました。その教えは、認知症診療においても通じます。認知症の方々と向き合うとき、私たちは「治療する側」ではなく、「共にい

る存在」として関わることが求められます。診断や治療だけでなく、どのように語り、どのように耳を傾け、どのように寄り添うのか——それこそが、医療の本質なのかもしれません。

さらに、日々支えてくださるメモリーケアクリニック湘南のスタッフの皆様、日本認知症予防学会、N-P ネットワーク研究会の皆様に深く感謝いたします。そして何より、これまで診療を通じて出会った方々、ご家族の皆様に、心から感謝申し上げます。

本書の企画にあたり、中外医学社 企画部 企画課の鈴木真美子様には、貴重なご助言と温かい励ましをいただきました。この場を借りて、心より御礼申し上げます。

本書が、認知症診療に携わるすべての医師や医療従事者の皆様にとって、少しでも実践の助けとなることを願っています。

2025 年 5 月

内 門 大 丈

第1章 認知症に対してのかかりつけ医の役割

この章のポイント

- ▶ かかりつけ医は、患者から選ばれるものであり、信頼関係の構築が重要である
- ▶ かかりつけ医は、認知症診療において、包括的かつ継続的な診療体制を整える
- ▶ 医療連携を活用し、適切な専門医や医療機関と連携する
- ▶ 認知症患者を一人の人間として深く理解し、その人生全体を支える視点をもつ

I かかりつけ医の基本的な役割

かかりつけ医は、患者が信頼し、相談できる存在である。日本医師会の定義¹⁾によると、「かかりつけ医」は患者の自由な意思によって選ばれ、長期的な関係の中で健康管理を支える医師である。つまり、患者が信頼する医師が「かかりつけ医」としてしている。これは、「かかりつけ医」の一丁目一番地であり、大前提となるところであるが、ややもすると、医療という技術を持ち合わせていればすなわち「かかりつけ医」になり得ると考えがちな、医師の驕りをいましめるためには重要なものである。これに基づき、かかりつけ医の役割を整理した。 **表1** のような点が重要となる。

「かかりつけ医」と似ている用語として、「プライマリ・ケア医」があげられる。両者の共通点としては、「患者の健康に関する幅広い相談に対応する」「継続的な医療を提供し、患者との長期的な関係を築く」「必要に応じて専門医や専門医療機関を紹介する」「地域の医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する」ということにまとめられるが、前者は、「必ずしも総合的な診療能力をもつ必要はなく、主に患者との関係性に重点を置かれる」が、プライマリ・ケア医は、後者は、「総合診療専門医としての高度な専門性をもつことが期待され、包括的診療能力、個別のケア能力、多職種連携能力など、より広範な能力が求められる」という点であ

第3章 認知症の診断のすすめかた

この章のポイント

- ▶ 患者、家族のニーズをくみとりながら、短い診療時間の中でも急性期疾患や治療可能な認知症を見逃さない
- ▶ 画像検査では最低限、形態画像検査（CT 検査、MRI 検査）を行うようにする
- ▶ 認知症疾患医療センターなどと積極的に連携することで自院の機能を拡張し、診断の精度を上げる

I 実際の診察の流れ・手順

かかりつけ医としては、専門医ですでに認知症診断がついている患者を診ることが多いかもしれないが、ここでは自分で診断をつけることを想定して、実際の診察の流れ・手順を解説する。ここでいう認知症診断はあくまで臨床診断であり、病理診断による確定診断ではないことを付記しておく。

生前にアルツハイマー型認知症と診断されていたケースであっても剖検してみると、病理診断上は別の変性疾患のこともある。原則としては、**図1**に示した診断の流れに沿って、米国精神医学会「Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)」における認知症（major neurocognitive disorder）の操作的診断基準を用いるなどして診断することになる。しかし、ここでは教科書的な診断の流れを示すのではなく、多くの患者を診察しなければならないかかりつけ医にとっての実践的な方法を提案したい。

基本的な考え方としては、

- a. 短時間の診察を目指す
- b. 急性期疾患・治療可能な認知症を見逃さない
- c. 患者・家族のニーズを知る

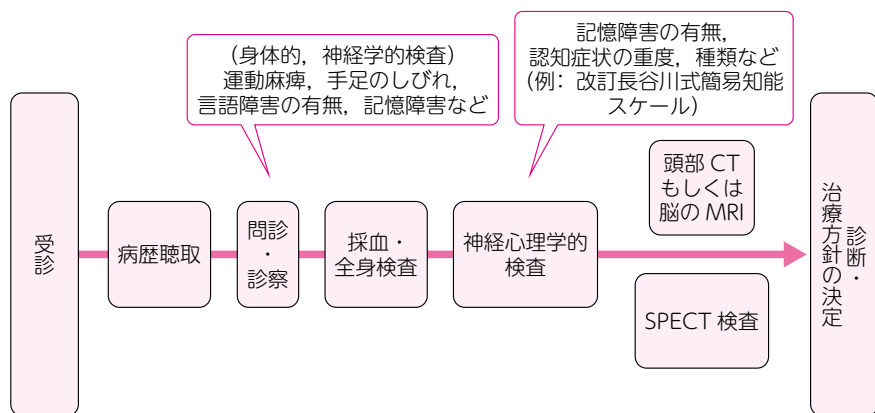


図1 認知症の診断の流れ

この3つの柱を中心に診断をしていくのがよいと考える。

a. 短時間の診察を目指す

短時間の診察を目指す理由として、かかりつけ医は普段から大勢の患者を診なければならないという背景がある。認知症の診察には時間がかかるから診たくないと思っては元も子もない。

大学病院や総合病院での認知症外来は、病歴聴取をしっかり行い、身体所見、神経心理学的検査、画像検査などかなり時間をかけてやることが多い。そんなことはかかりつけ医にはできないと考えがちであるが、短時間の診察を実現するために、**受診を頻回にわけて診断を行う**という形に頭を切り替えてみる。

まず、患者を診察室に招き入れ、バイタル測定（血圧、脈拍、動脈血酸素飽和度など）を行うが、同時に患者の様子や歩行の仕方などを観察する。付き添いの方がいれば、患者との関係を推測し、患者本人に付き添い者を紹介してもらってもよいし、答えられなければ付き添い者に自己紹介してもらってもよい。ここで、**キーパーソンが誰であるかを同定する**。一人で来る患者は、軽度認知障害から認知症であっても初期であることが多いと推測できる。

診療所では問診票を用意していることが多いと思われるが、いつからどんな症状があるかはその問診票を見れば大まかに知ることはできるので、患者の拒否が強い場合はこの時点であまり根掘り葉掘り聞き取りを行わないようにする。患者・家族はナイーブになっている場合が多いので、ここでの診察は主に患者や家

第8章 多職種連携とアウトリーチ

この章のポイント

- ▶ 認知症は、在宅医療の中で多く遭遇する疾患であるため、認知症疾患に精通していることが望ましい。認知症の在宅医療においても多職種連携が重要である
- ▶ かかりつけ医は、各自治体にある認知症初期集中支援事業の窓口を知り、必要に応じて初期集中支援チームにつなげることで、結果として認知症に関わる様々な問題を解決することができる
- ▶ 多職種連携をスムーズに行うために情報通信技術（ICT）は強い武器となる。これは、在宅医療の場面や認知症初期集中支援チームにおいて威力を発揮する

I 認知症の在宅医療と多職種連携

認知症は、在宅医療の中で多く遭遇する疾患である。かかりつけ医の先生たちは、在宅療養支援診療所でなくても、外来通院中の患者が通院困難になった際には、往診をすることがある。2020年の新型コロナウイルス感染症のパンデミックにおいても、認知症の方が罹患し、食事がとれなくなって自宅で輸液をするなどの対応を余儀なくされたことは記憶に新しい。在宅医療の定義を今一度確認しておく、大きくは「訪問診療」と「往診」に大別される。「訪問診療」とは、循環器疾患、呼吸器疾患、運動器疾患、認知症などの慢性疾患に対して、計画を立てて定期的に訪問し、心身の状態の確認および定時薬の処方、必要時には血液検査やワクチンの接種などを行う。一方、「往診」は、発熱や腹痛などの突発的な病状の悪化時に、24時間体制で相談・訪問での診察を行うということになる。

厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）の資料によれば、訪問診療を行っている原因の病名は、循環器疾患（48.7%）、認知症（37.9%）、脳血管疾患