

新宿区

# 認知症診療連携マニュアル

～誰にでもできる認知症診療～

第4版

令和8年3月



## はじめに

新宿区では、在宅医療を支える診療所・クリニックのかかりつけ医やかかりつけ歯科医の皆様、今後も増加が見込まれる認知症についての理解を深めていただくため、「認知症診療連携マニュアル」を作成しています。

このマニュアルは認知症サポート医や、地域の先生方の執筆によるもので、認知症の知識だけでなく、地域の状況も盛り込まれた新宿区オリジナルの内容になっています。

作成にあたりましては、日頃から本区の在宅医療の発展にご尽力いただいている新宿区医師会、新宿区歯科医師会、新宿区四谷牛込歯科医師会、新宿区薬剤師会及び地域連携型認知症疾患医療センターなど、多くの関係機関の皆様にご協力いただきました。この場を借りて厚く御礼申し上げます。

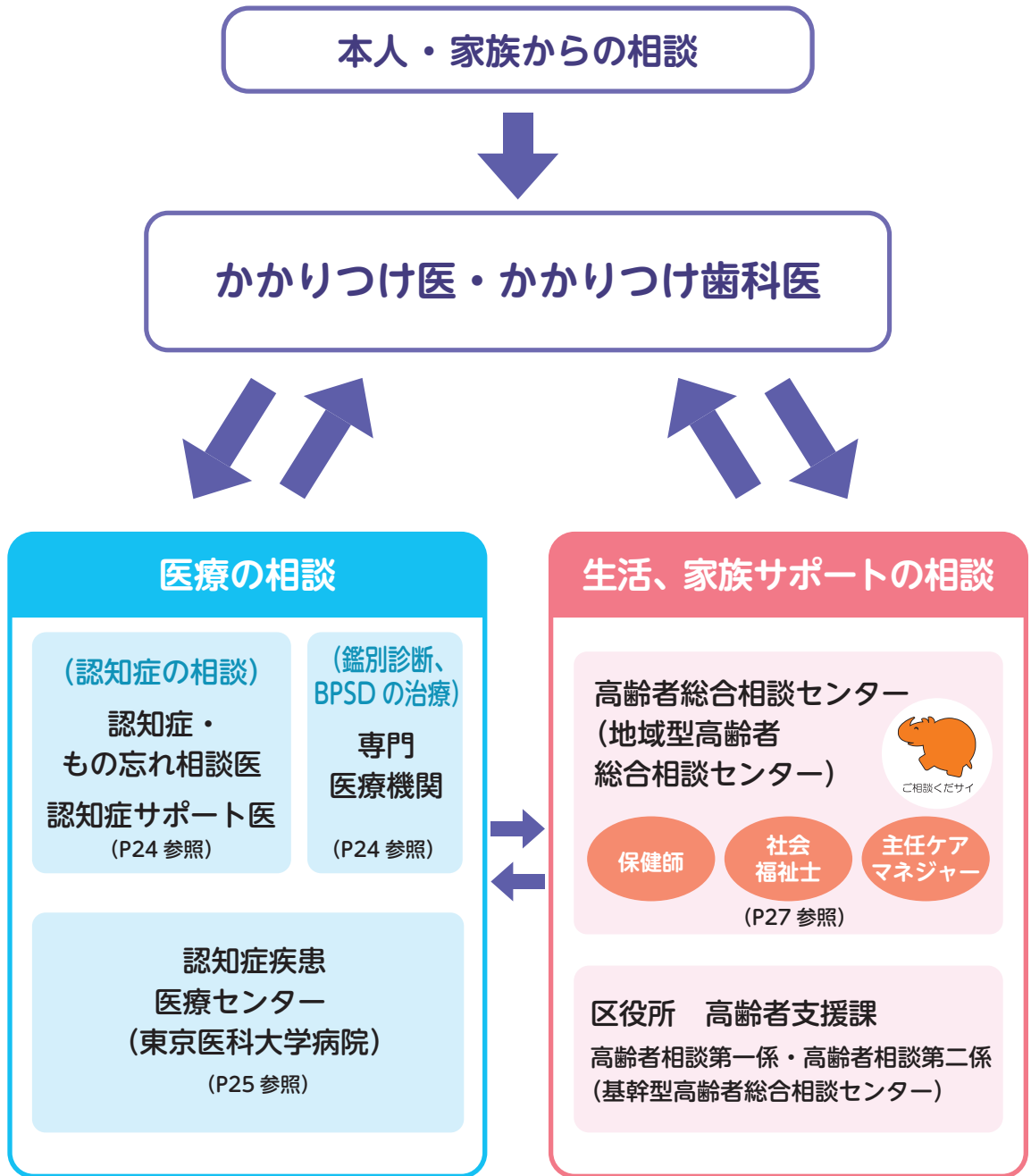
令和8年3月 新宿区

## 目次

1	かかりつけ医から見た連携の流れ	P2
2	認知症が疑われたときの診療のポイント	P3
3	原因疾患の鑑別 認知症4大疾患	P5
4	治療・薬物療法	P7
5	行動・心理症状(BPSD)への対応	P9
6	介護者支援	P11
7	運転免許証	P12
8	身体疾患の管理	P13
9	予防	P18
10	新宿区の在宅歯科診療の相談窓口	P20
11	認知症の方の歯のトラブルと口腔ケアの留意点	P21
12	新宿区内の医療情報	P24
13	高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)	P27
14	サポート医高相支援	P29
15	ケアマネジャー(介護支援専門員)	P30
16	成年後見制度とは	P31



# かかりつけ医から見た連携の流れ





## 認知症が疑われたときの 診療のポイント

認知症・もの忘れ相談医や認知症サポート医は、日頃の診療の中で、認知症の早期発見のために認知症の様々な初期症状を見逃さないように留意しながら問診を行っております。

今後、より多くの認知症のある方を早期に発見し早期治療につなげるためには、かかりつけ医や認知症に直接関わりのない他科の先生方の診療時におかれましても、認知症の初期症状を見逃さずにピックアップし、認知症専門医、認知症・もの忘れ相談医、認知症サポート医、高齢者総合相談センターにつなげていただくことが、認知症症状に対して困っている家族のためにも大切です（決してかかりつけ医の先生方の手を離れることはありません、あくまでも併診又はアドバイスが前提です）。

### 認知症の初期症状を見逃さないための問診のポイント

診療場面で、日頃から次のような様子に留意することが認知症の早期発見につながります。

#### 1 認知症の初期によく見られる症状

- 物の忘れがひどい
- 不安感の強い発言が目立つ
- 場所や時間がわからなくなる
- 悪夢でうなされる
- 歩行や動作が緩慢になる
- 判断・理解力が衰える
- 妄想がみられる
- 幻覚が見える
- 意欲がなくなる
- 人柄が変わる



#### 2 よく見られる行動

- 長年の趣味をやめた（回数が減る）
- 2つのことが同時にできなくなる
- 作る料理の品数が減る、料理の味付けが変わる
- もともと持つ性格の個性が強く現れるようになる（怒りやすいなど）
- 買い物の支払いでお札ばかりを出す（小銭がたまっていく）
- 複雑な話についていけなくなる
- 短期間に何度も薬をもらいにくる

#### 3 家族からも、日常の様子を聞きましょう

診療時には、患者本人が取り繕って認知症かどうか分かりにくいことも多いと思います。家族がいる場合、本人には先に診察室から出ていただき、家族のみから日頃の生活の様子を聞いてみることも大切です。

## 4 認知症と区別すべき病状

うつ状態、意識障害（せん妄）、病気治療のために飲んでいる薬の影響でも似たような症状がみられます。これらを認知症と正しく区別することも非常に重要です。（P5 ①うつ病と認知症の鑑別 参照）

（藤本進）

### 認知症の徴候は、 診察室の中だけでなく待合室でも気づくことができます

- 受付のスタッフに対して、以前よりイライラしやすくなった
- 診察券を忘れるようになった
- いつも1万円札で支払いをするようになった
- 表情が硬くなった
- 受付のスタッフの顔がわからなくなった
- 身なりが季節に合っていない
- 同じ話を何度もするようになった

このような点も、早期発見のポイントになります。

認知症に気づいた他科の先生方は、まず家族にそれとなく、心配な事柄を伝えることをお勧めします。家族の相談先として、地域の高齢者の相談窓口である高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）を紹介してください。



# 3

## 原因疾患の鑑別 認知症 4 大疾患

### 1 うつ病と認知症の鑑別

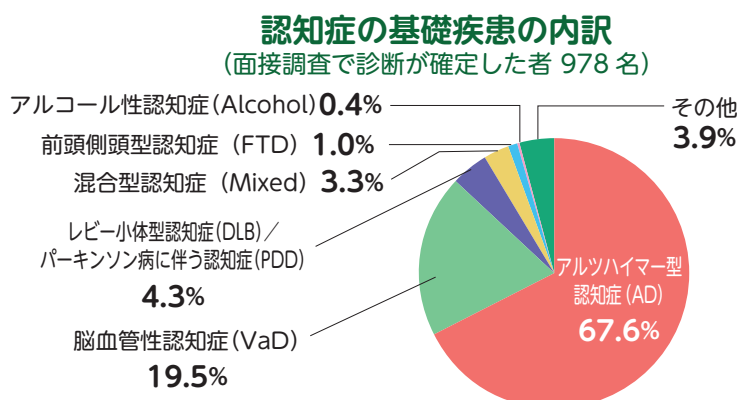
	うつ病（仮性認知症）	認知症
もの忘れの自覚	ある	少ない
もの忘れに対する深刻さ	ある	少ない
もの忘れに対する姿勢	誇張的	取り繕いの
気分の落ち込み	ある	少ない
典型的な妄想	心気妄想 (ボケてもうだめだ)	物盗られ妄想 (物が盗まれて困る)
脳画像所見	正常	異常
抗うつ薬治療	有効	無効

\* 新井平伊：認知症テキストブック，2008 より引用

### 2 せん妄と認知症の鑑別 (P10 参照)

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
症状の変動	夕刻から夜にかけて悪化	少ない
初期症状	幻覚、妄想、興奮	記憶障害
持続	数時間～数日	永続的
身体疾患の関与	多い（特に急性疾患）	少ない
誘因	環境変化（特に入院）や 薬剤が多い	少ない

### 3 認知症のある方の割合



\* 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成 23 年度～平成 24 年度・研究代表者 朝田 隆) 総合研究報告書 一部改変

## 4 認知症 4 大疾患の鑑別

※太字は各疾患の主要な症状です。

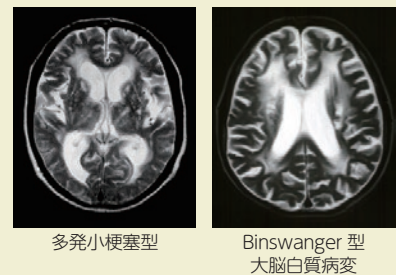
### アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease : AD)

- より高齢、女性に多い
- 緩徐、進行性
- 自覚症状なし、病識低下
- 多幸、多弁
- **記憶障害**→全般的認知症
- 大脳葉症状：  
失語、失行、失認
- CT/MRI：  
脳萎縮（特に海馬）
- SPECT の血流低下部位：  
側頭頭頂葉、後部帯状回
- 脳脊髄液：リン酸化タウ↑、  
 $A\beta 42$  ↓



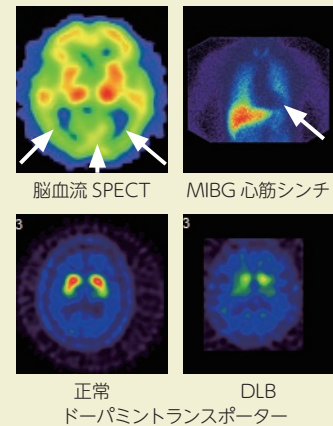
### 血管性認知症 (Vascular dementia : VaD)

- 男性に多い
- 段階的悪化、動揺性
- 高血圧、糖尿病、心疾患あり
- 自覚症状（頭痛、めまい、不眠）
- **意欲低下、うつ、アパシー**
- **遂行機能障害**>記憶障害
- 局所神経症状：  
運動麻痺、歩行障害、尿失禁
- CT/MRI：  
梗塞巣の多発、  
大脳白質病変
- SPECT の血流低下部位：  
梗塞部位+主に前頭葉



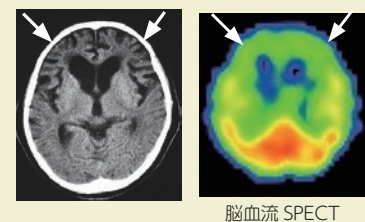
### レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies : DLB)

- 中年から高齢、やや男性に多い
- 緩徐、進行性
- **認知機能障害の動揺**
- **幻視**
- **パーキンソニズム**
- **レム睡眠行動障害**
- 抗精神病薬に過敏性、うつ、  
嗅覚低下
- 視空間認知、注意・遂行機能障害
- 自律神経障害
- CT/MRI：脳萎縮・海馬萎縮  
（はADより軽度）
- SPECT の血流低下部位：  
側頭頭頂葉、  
後部帯状回+後頭葉
- MIBG 心筋シンチ：  
心臓の集積低下
- 線状体のドーパミントランス  
ポーターの低下



### 前頭側頭型認知症 (Frontotemporal dementia : FTD)

- 初老期に多い
- 緩徐、進行性
- 自覚症状なし、病識欠如
- **人格・行動障害**：  
脱抑制、無関心、共感の欠如  
常同行動、食行動異常  
遂行機能障害
- 言語障害
- CT/MRI：  
前頭葉の（葉性）萎縮
- SPECT の血流低下部位：  
前頭葉（側頭葉）



(佐藤友彦)

## 1 アルツハイマー型認知症の治療薬

以下の3つの病因仮説に基づいた薬剤が使用可能です。

①**コリン仮説**：アルツハイマー型認知症では海馬神経系のアセチルコリンが著しく減少しているため、コリン代謝酵素阻害薬を投与することによりコリン濃度を上昇させ、海馬の神経細胞を活性化させます。

②**グルタミン酸仮説**：アルツハイマー型認知症では海馬神経グルタミン酸受容体が過剰に刺激されて神経細胞障害が生じています。この過剰興奮を抑えるためにグルタミン酸受容体阻害薬を投与し、神経保護をします。

この2剤はアルツハイマー型認知症を火事に例えれば、消火（グルタミン酸仮説）と類燃防止（コリン仮説）に例えられます。

③**アミロイド仮説**：アルツハイマー型認知症は、発症の20年程度前から脳内にアミロイドβ蛋白が蓄積し、その後タウ蛋白の異常リン酸化を促進し神経原線維変化を誘発することにより脳機能が低下するといわれています。このアミロイドβを除去することにより認知機能低下を遅らせることができます。

①のコリン仮説に基づいた薬剤では、経口薬としてドネペジル・ガランタミンなどがあります。そして、最近ではドネペジルの貼付剤も開発されました。貼付剤としてはリバスチグミンがあり、週2回貼付で済む薬剤も発売されました。②のグルタミン酸仮説に基づいた薬剤として、メマンチンがあります。この①に属するドネペジルと②に属するメマンチンは併用が可能であり、進行したアルツハイマー型認知症に効果があるとされています。また①②いずれの薬剤も、アルツハイマー型認知症の根本的な治療薬ではありませんが進行を遅らせる作用が期待できます。③のアミロイド仮説に基づいた薬剤では、点滴の薬としてレカネマブ・ドナネマブがあります。上記の症状改善薬とは異なり、疾患治療薬に分類されます。軽度認知機能障害や早期アルツハイマー型認知症のみに投薬できます。

## 2 血管性認知症の治療薬

血管性認知症は脳の皮質や白質に小さな梗塞あるいは出血が多発し、脳の血流障害により生じると考えられています。抗血小板薬や脳血管拡張薬、脳代謝賦活薬などが有効とされています。脳梗塞再発予防の抗血小板薬としては、アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾールなど、脳代謝賦活薬としては、イブジラスト、イフェンプロジル、ニセルゴリンなどがあります。

\* 保険病名記載上の注意点

これらの薬剤は、血管性認知症の適応はありません。脳梗塞後遺症などの保険適応病名をつける必要があります。

## 3 レビー小体型認知症

現在、保険適応があるのは、ドネペジルとゾニサミドがあります。ドネペジルは記憶力低下に、ゾニサミドは運動障害に効果があるとされています。

## 4 前頭側頭型認知症

現在、保険適応がある薬剤はありません。周辺症状が強くなる場合が多く、対症的に処置をしているのが現状です。

## 5 服薬管理

認知症の方で、特に独居の場合は服薬が難しくなる場合があり、かかりつけ薬剤師や訪問看護師等の関係機関との情報共有が必要です。在宅での服薬管理は、地域在宅医療に関わっている薬剤師が中心になって行われています。

薬剤師は、医療保険または介護保険に基づき在宅での療養を行っている認知症の方を訪問して、在宅管理を実施し結果を処方医に報告します。認知症の方が処方薬を適切に服用することにより、病状、ADL、そしてQOLを改善または維持することを目指します。

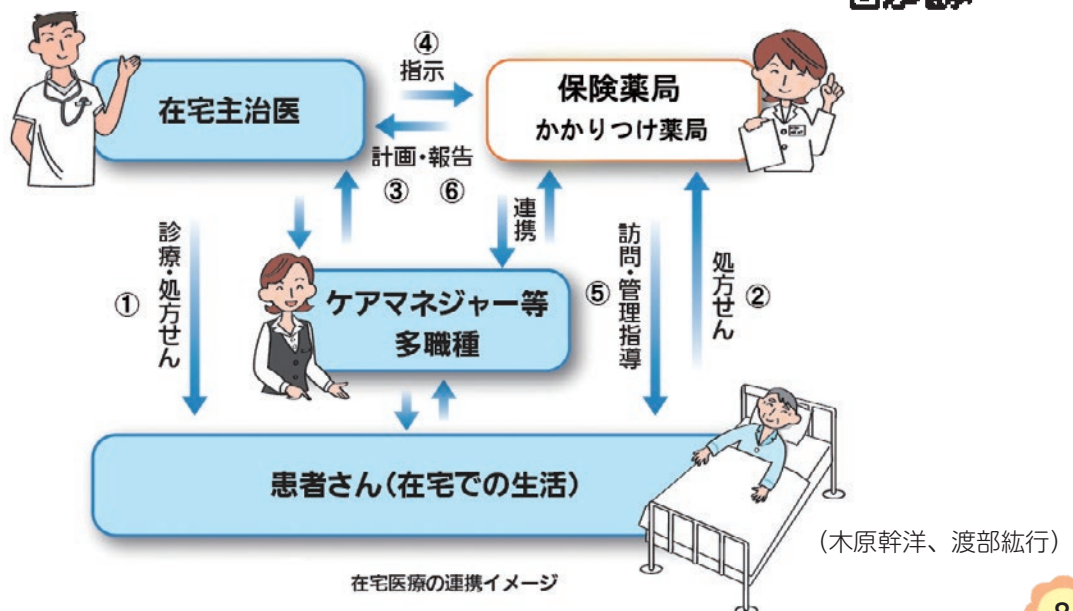
処方箋の応需	薬局において処方箋を応需
調 剤	一包化・粉碎等の、認知症の方が服用し易い方法を処方医と共に検討し調剤
訪 問	処方医の情報提供に基づき、薬剤師が在宅管理のため訪問
服薬指導 (認知症の方宅)	認知症の方及び介護関係者に薬効・服用法等の服薬指導 複数の医療機関より投薬があった場合の相互作用等のチェック（お薬手帳・残薬） 糖尿病薬等のハイリスク薬の服薬指導
服薬管理 (認知症の方宅)	特に認知症の方には服用の時間や回数、量などを守るような手立てを検討し提案（服用時点を印字した一包化・お薬カレンダー・お薬ボックス等） 残薬について処方医と連携して対応 医薬品の保管方法の確認
服用途中での管理	服薬状況及び体調によっては処方医に報告

新宿区薬剤師会ホームページ「休日夜間薬局検索」では、会員外を含めた近隣薬局の住所・連絡先・営業時間・在宅可能時間・対応できる薬局機能等が掲載されております。お気軽にご相談ください。

休日夜間薬局検索 新宿区

検索

<https://www.shinyaku.com/list.html>



在宅医療の連携イメージ

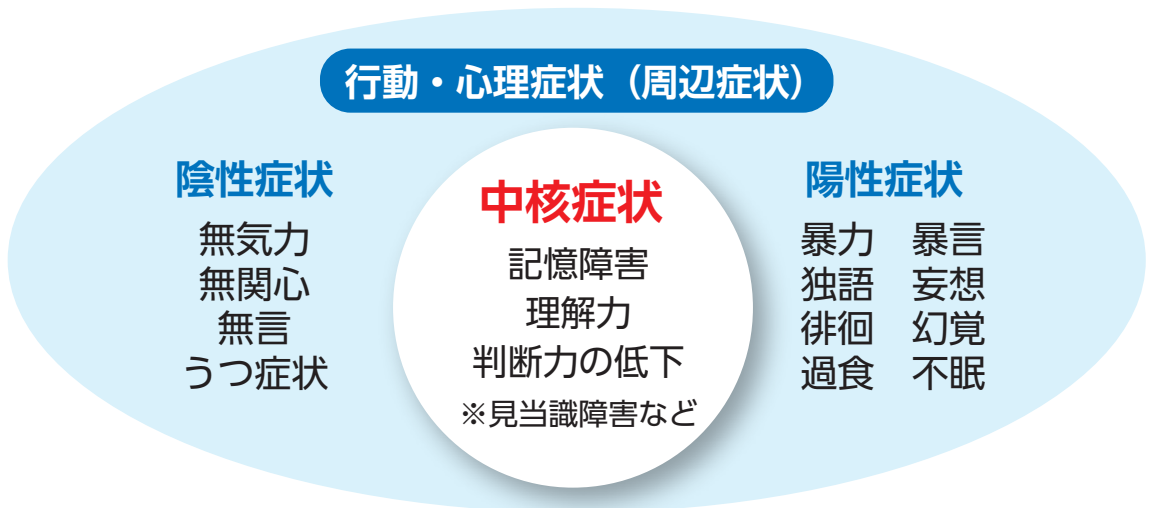
# 5

## 行動・心理症状(BPSD)への対応

### 1 行動・心理症状 (周辺症状)

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)

BPSDとは認知症の症状の中で、記憶障害などの中核症状に対して、介護をする上で問題となる周辺症状を指します。アルツハイマー型認知症では中核症状以外はすべてBPSDと言えますが、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症では幻覚妄想や易怒性などは固有の症状ですので、これらの場合BPSDという呼び方は適切ではないかもしれません。しかし実際には、BPSDであろうとなかろうと臨床現場では問題となる症状が生じた場合、その対応が早急に求められます。したがって、ここではすべての認知症において問題となる症状はBPSDに含めて解説します。



### 2 非薬物療法 (介護者教育) での対応

BPSDは図にありますように陽性症状と陰性症状に大別されます。BPSDの対応としてまず考えることは、非薬物療法で対応できないかということです。病態を把握した後、まずは環境調整やケアの変更、心理的介入、通所リハビリテーションの利用者等を含めた非薬物的介入を家族や介護スタッフと検討し実施しましょう。常日頃から介護者に介護者教育を行い、認知症のある方に対して感情的な対応をしないように指導することが大切です。

### 3 せん妄との鑑別

次に検討すべきことは、問題となっている症状は、いわゆる「せん妄」によるものではないかを見極めることです。「せん妄」は定義上はBPSDと区別されています。「せん妄」は軽度から中等度の意識障害を伴い急激に発症し、日内変動が見られます。原因としては、①基礎疾患による場合、②服用中の薬剤による場合、③環境の影響などが挙げられます。特に重要なのは服用中の薬剤です。服用中の薬剤が「せん妄」の原因になっていないかをチェックする必要があります。高齢者の場合、風邪薬で「せん妄」が生じることもあります。(P5 参照)

クエチアピン、ハロペリドール、ペロスピロン、リスペリドンに関しては、器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した事例は審査上認めるとの通達がありました。

なお、高齢者に対する薬物療法の注意点は、平成31年に「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」\*1が厚生労働省から出されていますので参考にしてください。

### 4 薬物調整、薬物療法

「せん妄」でなければ、その問題となる症状はBPSDと考えられます。ただし、投与中の抗認知症薬が興奮や易怒性の原因になることがあります。抗認知症薬を減量することで改善する場合がありますので、まず考慮してみてください。(平成28年6月厚生労働省から抗認知症薬の規定量未満の投与を認める通達が出されています)

薬物療法については「かかりつけ医・認知症サポート医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第3版)」を参考にしてください。令和7年6月からアルツハイマー型認知症の患者のうち、焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動または攻撃的言動がみられる患者に対しては、ブレクスピプラゾールが保険適用になりました。アルツハイマー型認知症のBPSDに対する初めての適応です。

使用薬剤はガイドラインの最低用量か、それ以下を投与したほうが無難です。それでも改善が得られなかったり、重度のBPSDの場合は、認知症サポート医、認知症専門医、認知症疾患医療センター、高齢者総合相談センターに相談してください。

(金子宏明)

#### [参考]

\*1 「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」(平成31年 厚生労働省)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf>

\*2 「かかりつけ医・認知症サポート医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第3版)」(令和6年 厚生労働省)  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000135953.html>

# 6

## 介護者支援

認知症のある方と家族の生活の質を高めるためには、認知症の早期診断と治療導入をするだけでは不十分です。診断後の支援も重要となります。

認知症のある方と家族は、診断を受けたことによる心理的ショックや将来に対する希望をもてない不安、恐怖をもたれるかと思えます。不安や恐怖は認知症に対しての知識を持つ事や協力体制を知ることにより緩和され、介護負担感や介護うつ発症の軽減につながると考えられています。認知症のある方の希望される生活を送るためには、認知症の症状への理解や対処法、介護保険を中心とした社会資源の情報提供、介護者への情緒的サポートなどを含めた介護者教育、就労・活動支援などを知る必要があります。

認知症疾患医療センター、高齢者総合相談センター、公益社団法人認知症の人と家族の会東京都支部\*において、さまざまな支援を行っていますので、ご相談ください。

(佐藤友彦)

### 認知症介護者家族会



認知症介護者家族会は、認知症の方を介護している家族などが、地域で気軽に集まれる場で、区内3カ所で開催しています。

会では、認知症の病気の理解や対応方法を学んだり、認知症の方の介護について日頃の思いを語りあったり、情報交換をしています。

また、介護者の方を応援する「介護者の学習会」(予約制)も実施しています。

開催日など詳しいことは高齢者総合相談センターまたは高齢者支援課に問い合わせください。詳細は新宿区公式ホームページにも掲載しています。

	水曜日の会	木曜日の会	金曜日の会
開催場所	西新宿シニア活動館	百人町地域交流館	牛込保健センター等複合施設
開催日時	毎月第3水曜日 10:30～12:00	毎月第2木曜日 13:30～15:30	毎月第2金曜日 13:30～15:30

※8月はお休みです。

\*公益社団法人認知症の人と家族の会 東京都支部

認知症の人と家族の団体で、「つどい」「会報」「電話相談(東京都支部 03-5367-2339 火・金 10～15時)」など、認知症の家族支援活動を行っています。

詳しくはホームページ (<https://www.alzheimer.or.jp/>) をご覧ください。

令和4年5月13日施行の道路交通法改正に伴う新たな運転免許制度では、①70～74歳のドライバーは、免許書有効期間満了日の前6か月以内に高齢者講習を受けなければならない事になりました。内容は、講義2時間・運転適性試験（動体視力・夜間視力・視野）・実車指導です。②75歳以上のドライバーは、免許書有効期間満了日の前6か月以内に・高齢者講習に加え、運転技能検査（一定の違反歴がなければ免除）・認知機能試験を受ける必要があります。③75歳以上のドライバーが一定の交通違反をした場合は、直ちに認知症検査を受けなければなりません。これらの認知症検査で運転者が「認知症」とであると判明した場合、公安委員会は「運転免許を取り消す」、または、「免許の効力を停止する」ことができると定めています。従って、認知症検査の結果、「認知症のおそれ」と判定された場合は、診断書用紙が渡されますので、運転者は最寄りの医療機関を受診して、診断書を作成してもらい、提出をしなければなりません。この診断書作成にあたって、医師は特別な資格を必要としません。しかし、認知症が専門でなく診断書作成が困難と思われた時は、その旨を依頼してきた運転者に告げればよいことになっています。この場合、都道府県の公安委員会は、該当運転者に「臨時適正検査」を行い、認知症専門医に診断書作成を改めて依頼します。

認知症の方で、抗認知症薬を服用して日常生活・運転を行っている方へは、仮に日常生活に支障はなくても主治医として、運転免許返納を勧めるべきです。多くの認知症の方は、運転免許証の返納に同意してくれますが、一部の認知症の方（特に前頭側頭型認知症）は、抵抗を示す場合があります。この場合は、家族を通じて説得を試みます。認知症が強く疑われるも、認知機能低下を強固に否認する方や、家族の協力が得られず、このまま運転を続けることが危険と判断される方は、極めて慎重な対応が求められます。この場合は、専門医療機関で診断を受けることを勧め、紹介受診に同意が得られない場合は、ご家族が警察の運転免許担当部局に相談してください。

認知症の方の自動車運転に関する家族介護者支援マニュアルが作成されています。事例が多く、困った場合の参考になります。以下からダウンロードできます。

(木原幹洋)

### 【参考】

「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル」<sup>©</sup>  
国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部  
(<https://www.ncgg.go.jp/ri/pamph/documents/cgss5.pdf>)





# 8 身体疾患の管理

認知症の方は認知症そのもので亡くなるわけではなく、10年以上の長い経過のうちに様々な身体疾患が生じます。認知症が軽度のうちは、通常の診療対応で良いのですが、中等度以上になると考慮すべき点が出てきます。

## 1 動脈硬化リスクファクターの管理目標

糖尿病、高血圧肥満などの動脈硬化リスクファクターは認知症の重要な増悪因子であり、体重が維持され外来通院が可能ならうちはきちんとコントロールすることが基本です。逆にこれらをコントロールすることで認知症発症を約15%抑制可能です(The Lancet Volume396, August, 2020)。

日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会は平成28年5月高齢者糖尿病の血糖コントロール目標を新たに作成しました。

特に中程度以上の認知症の方では、重症低血糖のリスクを避けることが重要であり、管理目標値はHbA1c (NGSP) 8%未満と緩やかに設定されています。

### 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	①認知機能正常 かつ ②ADL 自立	①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL 自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL 低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖が 危惧される薬剤 (インスリン製剤、 SU薬、グリニド 薬など)の使用	なし	なし	なし
あり	7.0% 未満 65歳以上 75歳未満 7.5% 未満 (下限 6.5%)	7.0% 未満 75歳以上 8.0% 未満 (下限 7.0%)	8.0% 未満 8.5% 未満 (下限 7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1: 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL: 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(www.jpn-geriat-soc.or.jp/)を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2: 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3: 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定しても良い。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が表の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

#### 【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用に当たっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

\*一般社団法人日本老年医学会・一般社団法人日本糖尿病学会編・著：高齢者糖尿病診療ガイドライン2023, p94, 文光堂, 2023より転載



日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）「高血圧管理・治療ガイドライン 2025」によれば、自力で外来通院可能な健康状態にある高齢者の降圧目標は、忍容性があれば原則として年齢によらず 130/80mmHg 未満と設定されました（同ガイドライン P151）。一方で、身体・精神機能低下のある場合は個別に判断すべき（同ガイドライン P161）と書かれています。75 歳以上の高齢者は健康・機能状態別にカテゴリーを 4 つに分け、それぞれの基準値を設定しています（同ガイドライン P151）。例えば、外来通院に介助が必要で手段的 ADL が低下した患者は収縮期血圧 140mmHg 未満を目標値としています（同ガイドライン P151）。

比較的健常な 75 歳以上の高齢者に対する降圧目標値は認知症予防や生命予後改善の点で若年者と同様 130mmHg 未満が推奨されるが、要介護状態や認知症の高齢者を対象とした RCT はなく、個別に判断することを強く推奨すると別に記載されました（同ガイドライン P161）。

### 75 歳以上の高齢者<sup>\*1</sup> の健康・機能状態によるカテゴリー分類と降圧指針

	カテゴリー 1 自力で外来通院可能な ADL が保たれた患者	カテゴリー 2 外来通院に介助が必要な手段的 ADL が低下した患者	カテゴリー 3 外来通院が困難となった基本的 ADL が低下した患者	カテゴリー 4 エンド・オブ・ライフの患者
全般的状態	健常～フレイル	フレイル～要介護	要介護	エンド・オブ・ライフ
手段的 ADL <sup>*2</sup>	保持	低下	高度低下	
基本的 ADL <sup>*3</sup>		保持～低下	低下	高度低下
降圧目標	<130/80mmHg	収縮期血圧 <140mmHg 合併症などにより <130mmHg とすることを個別判断する	収縮期血圧 <150mmHg 合併症などによるそれ以上の降圧要否を個別判断するが、収縮期血圧 <120mmHg への降圧は避ける	個別判断 (目安は収縮期血圧 140～160mmHg)
その他の方針	非高齢者と同様の治療方針	収縮期血圧 <120mmHg で降圧薬の減量を考慮する		降圧薬の段階的な減量・中止を考慮する (未治療の場合、新規に治療を行わない)

\* 1 健康・機能状態の低下した 65～74 歳高齢者の降圧指針もこの表に準ずる。

\* 2 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理、交通機関を使った外出などの、より複雑で多くの労作が求められる活動（Lawton の尺度などにより評価）。

\* 3 移動、階段昇降、入浴、トイレの使用、着衣、排泄などの、基本的な日常生活活動（Barthel index などにより評価）。

（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：「高血圧管理・治療ガイドライン 2025」ライフサイエンス出版、p-151 表 10-4 より転載）

脂質異常症に関し高 LDL 血症は中高年の血管障害の危険因子であることはよく知られていますが、一方でフレイルが進行すると低 LDL 血症が生命予後を短縮するというデータもあります。認知症のある方に対する脂質異常症に関する標準的ガイドラインは、まだ作成されていません。多薬による弊害が注目されていることから、フレイルが進行した高齢者では減薬・休薬の検討が考慮されます。

心房細動に対する抗凝固療法は、予防的利益と出血リスクを正確に判断するツールが存在しないため、経験的に管理されているのが実情です。脳塞栓症は介護負担を上げるため極力予防するのが基本であり、ガイドラインにも中止の基準は示されていません。しかし、重篤な出血性イベントが生じたときや、服薬管理が困難となり誤投与のリスクが高いと判断されたとき、また終末期で予後が期待できない状態にさしかかったときなどのタイミングで、患者、家族、医療ケアチームと良く相談の上、抗凝固療法中止の選択も考慮します。話し合いの内容はカルテに記載しておく必要があります。

## 2 身体疾患に対する医療介入の考え方

悪性腫瘍、心血管疾患など生命にかかわる疾患で入院したときや栄養がとれず胃瘻造設などに際し、手術などの医療介入に関して方針を決定しなければならない状況が生じたときにどのように対処すべきでしょうか。

### ①本人の意思確認が可能な場合

本人と治療方針について、相談して決定します。

### ②本人の意思確認が困難で家族がいる場合

配偶者・家族などの近親者が代理意思決定者となります。本人が以前から信頼を置いている人物に担当していただくことが望ましいです。

### ③本人の意思確認が困難で家族がいない場合

後見人は経済的な支援者であり、医療にかかわる意思決定の代理人にはなれません。医療ケアチームが、倫理コンサルテーションとして中立的な立場でかかわります。ジョンセンの臨床倫理4分割表\*などを利用して話し合うのもいい方法です。医学的介入、(外科手術、抗がん剤、心血管疾患のインターベンションなど)の必要性(適応)、生活の質(QOL)に与える影響を病院専門医や地域の多職種とともに予想します。その上で、家族の考えや意向を聴き取り、最終的に本人を尊重した意思決定であるかを皆で話し合います。重要なのは、予定されている医療介入が、本人の自立した生活に結び付くか、予後は延ばさず介護負担を増やすだけの結果にならないかを考慮する必要があります。倫理コンサルテーションへの参加を病院側から要請されたときは参加し、病院主治医とかかりつけ医師が話し合いの場を持つことが望まれます。

\*ジョンセンの臨床倫理4分割表…医療現場で倫理的ジレンマに直面したとき、関係者が状況を整理し合意形成しやすくするための“思考の枠組み”です。医学的適応、QOL、周囲の状況、患者の意向を順に検討することでチームの議論が進みやすくなります。

\*宮坂道夫, 医療倫理学の方法第3版原則・ナラティブ・手順, 63頁, 2016年

### 3 生活支援の側面

フレイルの進行や心不全、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、腎不全など慢性疾患の進行に伴い、治療は継続されますが生活支援の側面が大きくなります。

特に食事管理や服薬管理ができなくなることにより、慢性心不全増悪や糖尿病コントロールが悪化し入院が必要になることがあります。また、夏場は室温管理ができず、自宅内でも脱水状態に陥る認知症高齢者も少なくありません。再入院を予防するためには、介護保険を利用し多職種で連携し支援や見守りをするのが大切です。

介護保険サービスが適切に利用できるように、かかりつけ医師が主治医意見書を作成しましょう。

薬剤師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、ホームヘルパーなど多職種での医療ケアチームで生活をサポートしましょう。独居の方は、在宅生活を維持できるよう医療ケアチームを入れて支えていく必要があります。それでも在宅生活が困難となれば施設入所を検討するなど、個々のケースで対応を考える必要があります。

多職種による医療ケアチームが本人の意思を尊重した介入を円滑に行うためには、情報共有が重要です。セキュリティを高めた形でのICT（Information and Communication Technology 情報通信技術）の利用などが勧められています。新宿区医師会では、新宿区医療連携システム（新宿さんと雲ネット）を平成24年より運用しています。利用を希望する場合は、新宿区医師会事務局 ☎ 03-3208-2301 へ問い合わせください。

### 4 ターミナル期の管理

在宅医療を受けている認知症高齢者の多くは、認知症以外の身体疾患とともに介護度が重くなりターミナル期へ向かいます。平成30年に厚生労働省より、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインが出されました。人生の最終段階における医療・ケアの在り方および医療・ケアの決定手続きが述べられています。アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、人生会議）と呼ばれる話し合いを繰り返し経て、本人、家族、医療ケアチームが納得し満足できるようプロセスを踏むことが重要です。

進行した認知症の方にがんの告知を行うべきかどうかは、本人、家族、医療ケアチームで検討する必要があります。（緩和ケア病棟の利用には、がん告知が必要な場合が多い）

ターミナル期の管理については、本人の希望を尊重した医療ケアを心がけることが重要です。認知症によりコミュニケーションが取りづらくなっても、医療ケアチームが、本人・家族からそれまでの生き方を伺い、在宅での生活の様子を感じることからケアの方向性が見えてくることもあります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が医療・ケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。認知症の方は判断能力の保たれているうちに、医療的延命処置（人工呼吸器、透析、胃ろうなど）を含め自分が希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを前もって考え、家族、医療ケアチーム内で共有することが重要です。また、療養の最終段階において救急車を呼ぶかどうかについてはよく話し合っておく必要があります。

最期を迎える場所が病院か在宅かは、本人・家族の意思や介護負担の状況を見て臨機応変・柔軟に対応しましょう（どちらかでないといけない、ということではありません）。

（迫村泰成）

## \*アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning, ACP) とは

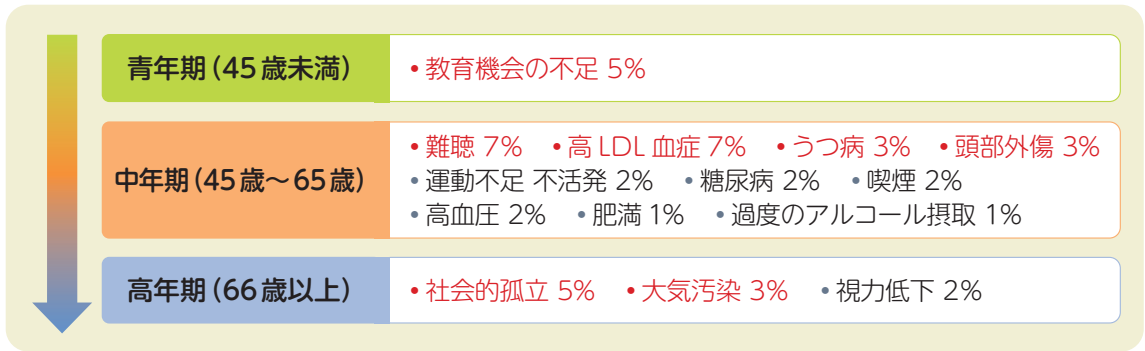
生涯にわたって、自分らしく生きていくために、人生の最終段階における医療やケアについて、前もって考え、周りのさまざまな人たちと話し合っていく過程です。心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度でも繰り返し考え、話し合います。平成 30 年 11 月に、愛称が「人生会議」と決定されました。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02615.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html)



## 1 認知症の予防に有効と考えられるもの

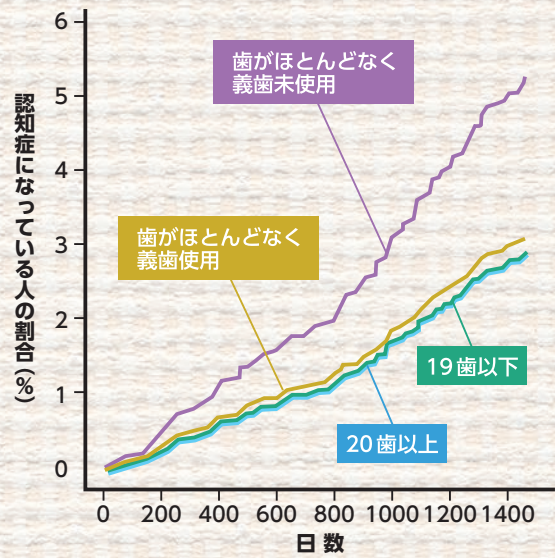
最近の研究では、各々の時期に生活習慣や疾患など 14 個の認知症の危険因子に注意することにより約 45%が予防できるのではないかと期待されています（赤字は認知症発症への寄与度が 3%以上あるもの）。



\* Livingston G et al. Lancet,2024 : 404 : 572-628 より改変

### 歯数・義歯（入れ歯）使用と認知症発症との関係

研究により、歯がほとんどなく、入れ歯を使用していない方は、20 本以上歯を有する人や入れ歯を使用している人と比較して、認知症発症のリスクが高くなることがわかってきており、そしゃくできることが大切です。



\* Yamamoto et al., Psychosomatic Medicine, 2012

\* 公益社団法人日本歯科医師会：テーマパーク 8020. 全身とのかかわり / 8020 現在歯数と健康寿命 / 3 歯の健康と健康寿命の関係 / 図 5 より引用

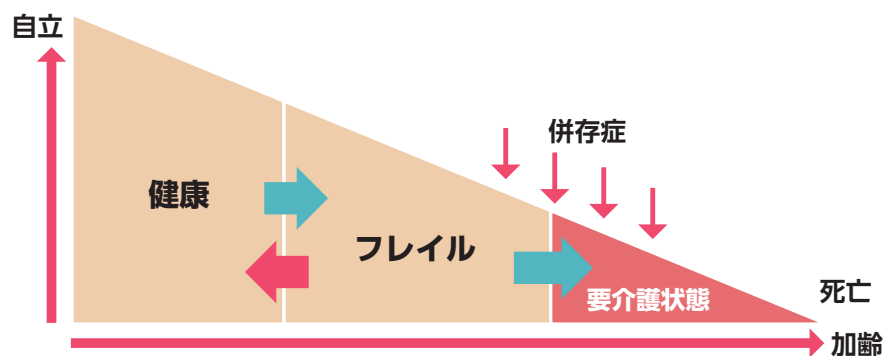
そしゃく機能と認知機能の関連は多くの研究により示されており、歯の喪失、入れ歯不使用、合わない入れ歯の装着などによるそしゃく機能低下は脳血流量の減少を引き起こし、脳の神経活動低下を招くとされています。また、そしゃく機能低下は摂取可能食品の多様性の低下を招き、栄養状態の悪化に繋がります。

適切な口腔ケアを行い、口腔内の健康を維持し、そしゃく機能を良好に保つことで認知症予防に繋がることが期待できます。

認知症患者の入れ歯作製には困難を伴うこともありますが、認知症の病態や、口腔内の状況によっては作製、装着が可能な場合もあり、歯科による専門的診察が必要不可欠です。

## 2 フレイルとは

日本老年医学会は、高齢者に起こりやすい虚弱（Frailty）に対し、正しく介入すれば可逆性があるという意味を強調するため「フレイル」という概念を平成26年5月に提唱しました。フレイルは、健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間的な段階を意味します。高齢者は加齢とともにフレイルが進行し、要介護状態へ進みます。フレイルには、体重減少や筋力低下などの身体的な変化だけでなく、認知機能や気力の低下などの精神的な変化や独居や経済的困窮などの社会的なものも含まれます。フレイル予防の4つの要素として、身体を動かす力、食べる力、認知する力、社会とつながる力があげられます。



\* 葛谷雅文 老年医学における Sarcopenia & Frailty の重要性 日本老年医学会雑誌 46(4) : 279 - 285, 2009 より改変

## 3 フレイル予防と地域共生社会

個人に合った持続可能な運動を行うこと。手すりを伝って階段の上り下りやスクワット運動により下肢筋力が維持できます。食べる力が衰えないようオーラルフレイルの予防に歯科医師や訪問看護師、管理栄養士とともに取り組む。低栄養や閉じこもることで、筋骨格が弱くなり、骨粗しょう症が進行します。転倒などによる大腿骨や腰椎骨折は介護度の進行を招きます。日光に当たり、少しの時間でも外出する。また、閉じこもることで、深い孤立感や不安にさいなまれ認知症が進みます。

2024年1月に認知症基本法が施行されました。この法律では、認知症を単なる疾病として捉えるのではなく、誰もがなり得るものとして社会全体で支え合う「共生」の視点を重視しています。認知症発症の大きなリスクであるうつや社会的孤立を回避し支援することが重要です。認知機能が低下しても地域の様々なイベントに参加したり、その人に合ったやりがいを持てる社会資源につなげることはとても大切です。

新宿区医療・介護・障害・通いの場\*情報検索サイト「さがせる新宿」では区内の通いの場を探ることができます。詳しくはP30をご覧ください。新宿区が発行する認知症安心ガイドブック（認知症ケアパス）にもさまざまな情報が載っています。



\*通いの場…体操や趣味活動など、介護予防に役立つ活動をしているグループ  
(佐藤友彦、迫村泰成、蛭名勝之)

# 新宿区の在宅歯科診療の相談窓口

歯科の領域においても、これまで普通に通院できていた高齢者の方が在宅療養になり、今までと同じ歯科治療や口腔ケアができなくなっているケースがみられます。しかし、在宅歯科診療や口腔ケアは、全身状態の改善や維持、誤嚥性肺炎の予防に欠くことのできないものであり、訪問歯科診療の必要性も高くなっています。

これらを踏まえ、歯科医師の立場から、新宿区の在宅歯科診療の仕組みと、相談窓口について紹介します。

## 新宿区の在宅歯科診療の仕組みと相談窓口について

新宿区では、現在区内の2つの歯科医師会に在宅歯科診療の窓口があります。



## 在宅歯科相談窓口（歯科医師会）

平成28年4月から、区の委託事業としてスタートしました。在宅療養患者については、新宿区歯科医師会、新宿区四谷牛込歯科医師会に連絡していただければ、専門の歯科相談員（歯科衛生士）を通して各種相談をお受けします。必要であれば、まず歯科相談員が訪問し、歯科に対する要望を伺ったうえで、その方に必要な対応を紹介します。



### 新宿区歯科医師会

☎ 03-3200-5064  
FAX 03-3208-0829

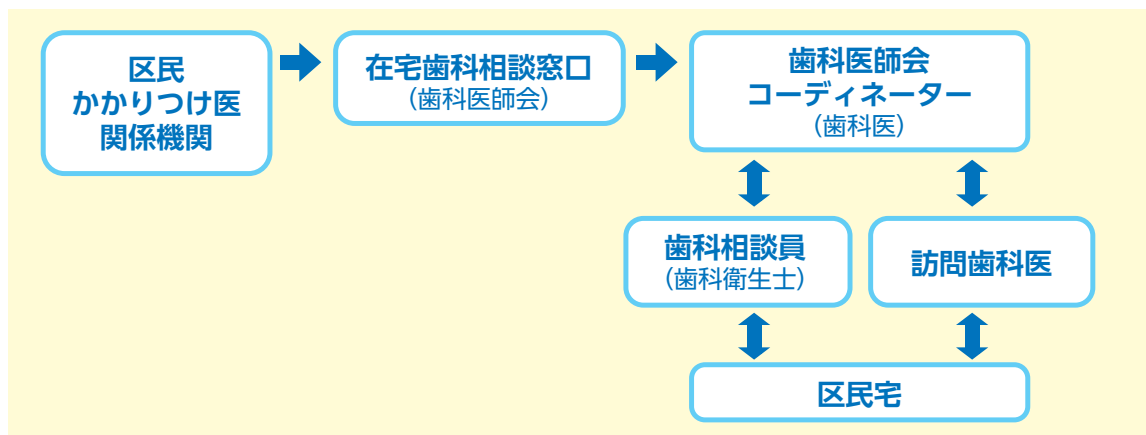
月～金曜日 午後1時～5時  
(祝・休日、12/29～1/3を除く)



### 新宿区四谷牛込歯科医師会

☎ 03-3356-6367  
FAX 03-3356-6368

月～金曜日 午後1時～5時  
(祝・休日、12/29～1/3を除く)



\* 状況により、直接歯科医師が訪問診療を行うこともできます。認知症などの在宅療養患者の場合、その方の病状に合った治療方針がありますのでご相談ください。

(蛭名勝之)

# 認知症の方の歯のトラブルと 口腔ケアの留意点

## 1 認知症の方の口の中



歯の欠損の放置

多量のプラーク  
歯肉の腫脹・発赤

歯肉からの自然出血

85 歳男性 血管性認知症 要介護 4



著しい  
デンチャープラークの  
付着

入れ歯破損の放置

89 歳男性 アルツハイマー型認知症 要介護 2

認知症などによる心身機能の低下は、口腔への関心度（口腔リテラシー）の低下を招くことが示されています。その結果、虫歯・歯周病の悪化による痛みや、入れ歯のメンテナンス不良によるそしゃく困難を引き起こし、ますます食に対する興味を失ってしまいます。加えて、それら口の中の問題を周囲の人に伝える前に忘れてしまい、放置されてしまう場合が少なくありません。口腔内の問題の放置は、誤嚥性肺炎の発症・再発などの全身状態の悪化にもつながります。

認知症の方と接する際には、ぜひ、口の中を覗いてみてください。

### 口腔の問題が疑われる所見

- ・歯茎が赤い、出血する
- ・舌が汚れている
- ・歯の輪郭がぼやけている
- ・歯が黒い、茶色い
- ・口の周りに食べカスがついている
- ・口臭がする

口腔衛生状態不良・虫歯・歯周病の進行の疑いあり

- ・入れ歯が落ちてくる／浮いてくる
- ・口角が下がっている
- ・歯並びに隙間がある
- ・流涎している
- ・話し方が不自然（息漏れ、舌足らず等）
- ・自然と口が開いている

義歯非装着・義歯不適合・口腔関連筋力低下の疑いあり

### 口腔の問題が疑われる認知症患者の行動

- ・歯磨きを嫌がる
- ・入れ歯を装着したままにしている
- ・歯磨きをしていない／回数が少ない
- ・入れ歯の装着を忘れる
- ・歯ブラシが汚れている／ずっと替えていない
- ・入れ歯の無くなる頻度が多い
- ・入れ歯が汚れている／洗っていない

## 2 認知症の方の口腔ケア

### 口腔ケアの方法

認知症の方は、セルフケアを十分に行うことが難しくなっています。そのため、介護する周囲の方々や歯科医療従事者の適切なサポートが必要となります。

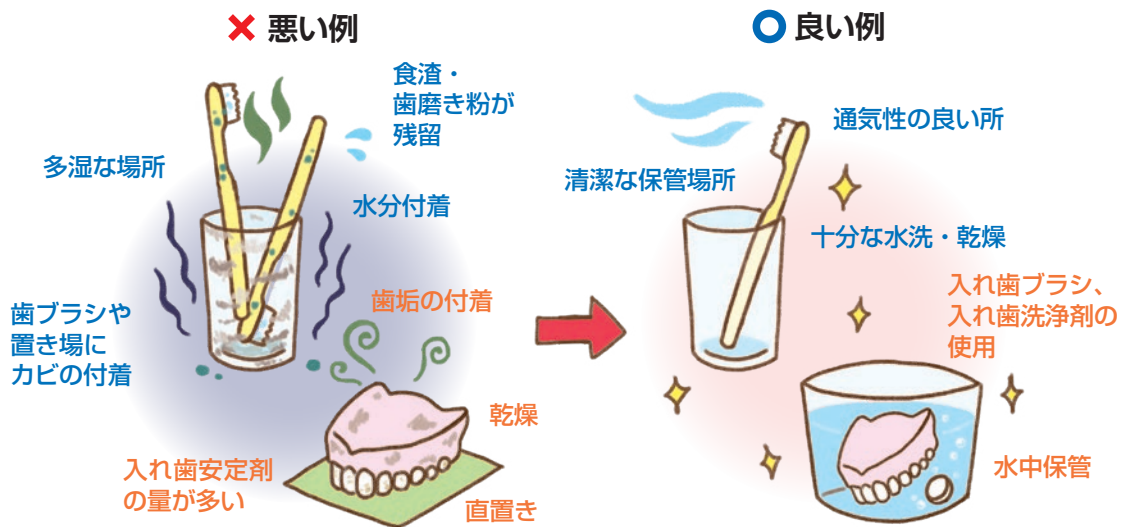


これら以外にも口腔乾燥が強い方には口腔保湿剤、噛み癖のある方にはバイトブロック (開口器)、嚥下障害のある方には口腔・咽頭吸引器を使用します。

手技のポイントとしては、①痛みを少なく、②短時間で、③声かけをしながら、④感情的にならずに行うことです。口腔ケアが認知症の方や介護者にとって負担になりすぎないように、無理なく継続可能な対応を心がけましょう。

## 歯ブラシや入れ歯の管理

認知症の方のお宅を訪問すると、汚れの著しい歯ブラシや、机の上に放置されたままの入れ歯を見つけることがしばしばあります。日々使用する歯ブラシは、細菌が多く付着しており、口腔内の感染症である虫歯・歯周病を改善するためには、清潔な歯ブラシの使用と適切な保管が必要です。歯ブラシは汚れや毛先の広がり具合に応じて、1～3か月程度で交換することが推奨されています。また、保管方法については、水分を十分拭いた上で、清潔な容器に毛先が上になるように立て掛け、風通しの良い場所に置くと良いでしょう。



入れ歯に付着したデンチャープラークは細菌の温床となり、義歯性口内炎や誤嚥性肺炎の原因となります。

## 3 認知症と摂食・嚥下障害

認知症の進行は摂食・嚥下機能と関わりがあるとわれ、主に「食べる障害（口腔期）」が生じ、認知症が進行すると「飲み込む障害（咽頭期）」にも影響が出てきます。

「食べる障害」は①食べる意欲の低下、②摂食中断、③偏食、④食べ方の乱れであり、食事量の減少や低栄養、そして食事介助する方の負担増を招きます。

「飲み込む障害」は飲み込むことを忘れてしまい、誤嚥性肺炎や窒息のリスクが出てきます。

一方で、認知症のある方にとっても「食べる楽しみ」を維持することはとても大切なことです。従って、上手く食べてもらう・食べさせる工夫をするための摂食・嚥下機能評価とそれに基づいた食支援が必要です。

摂食・嚥下機能評価は専門外来のある医療機関や嚥下内視鏡を有する訪問歯科に依頼することができます。

食支援には食形態の調整や食環境整備が必要であり、ICTを活用するなどにより多職種連携の輪を構築すると良いと考えます。

\* WHO（世界保健機関）が提唱する「認知機能低下および認知症のリスク低減」のガイドラインでは栄養バランスのとれた健康的な食事が重要とされており、主食に偏らず、主菜や副菜をしっかり摂ることが認知症の予防や進行抑制につながる事が記されています。

（竹内周平）

## 1 認知症サポート医\*

認知症サポート医とは、認知症サポート医養成研修を修了した医師です。かかりつけ医が認知症に対応できるように、研修の企画立案と診断等に関する相談・アドバイスを行います。また、認知症サポート医同士の連携体制を構築し、高齢者総合相談センターとも協力し、各地域の連携推進役となる医師です。



## 2 認知症・もの忘れ相談医\*

認知症・もの忘れ相談医とは東京都医師会及び新宿区医師会所定の研修を修了した医師です。新宿区医師会では「認知症・もの忘れ相談医リスト」を作成しています。もの忘れが気になる方や家族が認知症でお困りの方の相談に利用しています。

## 3 区内の主な専門医療機関

認知症専門医がいる医療機関で、CT 検査や MRI 検査など画像検査を行い、認知症の鑑別診断や、BPSD の治療などを行います。

### ～区内の専門医療機関～

○対応可能 △状況により対応可能 ×対応不可

	診断	身体疾患	BPSD (外来)	BPSD (入院)
<b>慶應義塾大学病院 メモリークリニック</b> ☎ 03 (3353) 1211 (代) ☎ 03 (3353) 1257 (予約専用)	○	△	△	△
<b>東京医科大学病院 高齢診療科</b> ☎ 03 (3342) 6111 (代)	○	○	○	△
<b>東京女子医科大学病院 脳神経内科</b> ☎ 03 (3353) 8111 (代) ☎ 03 (5269) 7600 (初診専用) ☎ 03 (3353) 8138 (再診専用)	○	○	△	×
<b>東京新宿メディカルセンター 精神科</b> ☎ 03 (3269) 8111 (代) 予約制	○	○	○	×
<b>東京山手メディカルセンター メンタルヘルス科</b> ☎ 03 (3364) 0251 (代)	○	△	△	×
<b>大久保病院 脳神経内科</b> ☎ 03 (5273) 7711 (代)	○	○	○	△
<b>聖母病院 精神科</b> ☎ 03 (3951) 1111 (代)	○	△	△	×

\* 所定の研修を受けることで、認知症サポート医、認知症・もの忘れ相談医になることができます。詳しくは、新宿区医師会事務局 ☎ 03-3208-2301 へ問い合わせください。

## 4 認知症疾患医療センター（地域連携型）

認知症疾患医療センターは、専門医療相談、鑑別診断や、地域連携の推進、人材育成等を実施するために、東京都が指定した医療機関です。新宿区では東京医科大学病院が指定を受け、高齢診療科とメンタルヘルス科がその機能を担っています。

東京医科大学病院では、区内の医療機関や高齢者総合相談センター、保健センターなどと連携し、地域における認知症医療の医療支援体制の構築を進めています。

\* かかりつけ医が、認知症疾患医療センター（東京医科大学病院）へ患者紹介をする場合、可能であれば専用の診療情報提供書（P26 参照）をご利用ください。東京医科大学病院認知症疾患医療センターのホームページからダウンロードできます。

[診療情報提供書]

([https://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/shinryo/ninchisho/data/medical\\_info.pdf](https://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/shinryo/ninchisho/data/medical_info.pdf))

(次ページ参照)

## 認知症疾患医療センター（地域拠点型）

区西部二次保健医療圏域（新宿区、中野区、杉並区）内には、地域拠点型認知症疾患医療センターも設置されており、杉並区にある浴風会病院がその役割を担っています。

東京医科大学病院と連携し、鑑別診断や地域連携の推進、人材育成に努めているほか、圏域内の困難ケースに介入するアウトリーチチームなども設置されています。



# 認知症疾患医療センター（東京医科大学病院）診療情報提供書

## 診療情報提供書

かかりつけ医→認知症疾患医療センター

＜ 初診・再診 ＞

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

東京医科大学病院 認知症疾患医療センター

高齢診療科 もの忘れ外来 ( \_\_\_\_\_ ) 先生

主治医 : \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 印

住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女	生年月日
			_____年 _____月 _____日 _____歳
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 / <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	

もの忘れ外来受診経緯について教えてください。(該当する□へ✓、または該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。)

受診依頼元	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネジャー/介護スタッフ <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
受診目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 身体合併症の治療 <input type="checkbox"/> 行動心理症状の治療 <input type="checkbox"/> 医療相談 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
症状経過	発症時期 (自覚、または周囲が気づいた時期)	下記の症状がみられる、または疑われる場合は□に✓を記入してください。	
	年 _____ 月 _____ 頃より	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 言語症状 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> パーキンソン様症状(振戦、動作緩慢など) <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	
自由記載			
もの忘れ検査歴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 医療機関名: _____ 時期: _____年 _____月頃 検査内容: <input type="checkbox"/> 神経心理検査(MMSE _____点、HDS-R _____点) <input type="checkbox"/> 頭CT <input type="checkbox"/> 頭MRI 結果: 正常・軽度認知障害・認知症(診断名 _____)・不明・その他( _____ )	
既往合併症	年齢	病名/治療内容	
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> アルコール多飲			

処方歴	現在の処方(すべて確認できる処方箋添付、または、お薬手帳持参があれば、ご記入不要です)  <div style="text-align: right;">他院からの処方(□あり・□なし)</div> 下記薬剤の使用歴があれば□に✓、副作用歴があれば状況を記入してください。(ジェネリック薬品含む。) <input type="checkbox"/> アリセプト・ <input type="checkbox"/> ロレミニール・ <input type="checkbox"/> ロリパスタッチ/イクセロンパッチ・ <input type="checkbox"/> ロメマリー 現在も処方(□あり・□なし) 副作用歴: □なし・□あり (内容 _____)
-----	--

備考

ご記入有難うございました。

# 高齢者総合相談センター (地域包括支援センター)

## 総合相談

高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう、地域の中心的な相談機関として高齢者への支援を行っています（区内 11 か所）。また、地域包括ケアを担うコーディネート機関として、関係機関と連携し、地域のネットワークの構築を進めています。

認知症・もの忘れに関するさまざまな困りごとに対しても、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の資格を持った職員が相談を受けています。

介護に関する相談や悩み以外にも、健康や福祉、医療や生活に関することなど、どのような相談にも対応します。また、「どこに相談するのか、わからない」といった悩みも**まずは、高齢者総合相談センターへご相談ください。**

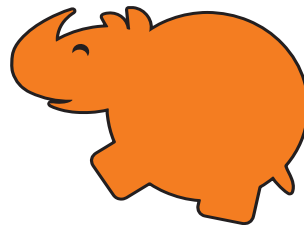
### [例えばこんな相談]

- 定期的に受診していたのに、最近受診に来なくなった。
- 認知機能が低下して、内服管理ができなくなった。
- 認知症の症状が強くて、自宅での介護や対応に困っている。
- 認知症の診断をしてくれる医療機関につなげたい。

本人が拒否している  
相談でも  
OK

高齢者総合  
相談センター

認知症の見立てのため、  
精神科医師や  
認知症サポート医が  
訪問をする事業も  
あります



ご相談ください

高齢者総合相談センターの所在地等は P33 をご覧ください。

# 認知症アセスメントシート (DASC-21)

DASC-21は、認知症の方によく見られる「認知症機能障害」と「生活機能障害」を総合的に評価し、障害の重症度や認知症の可能性等を判断することができるシートです。

認知症が疑われるときに、このシートを利用して医療機関の受診につなげたり、関係機関で自宅での様子や生活面の課題を情報共有して認知症の方の支援に役立てるものです。

記入日		年 月 日		年 月 日 ( 歳 )		男 ・ 女		同居 ・ 同居	
ご本人の氏名:		生年月日:		本人との続柄:		記入者氏名:		(所属・職種)	
本人以外の情報提供者氏名:		1点		2点		3点		4点	
		評価項目		備考欄					
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	通入の質問 (採点せず)			
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる				
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	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそつだ	近時記憶			
2	5分前に聞いた話を思い出せなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそつだ	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	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそつだ	遠隔記憶			
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそつだ	時間			
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	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそつだ	見当識			
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそつだ	道順			
7	電気がガスや水道が止まってしまうときに、自分で適切に対応できますか	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			
8	一日の計画を自分で立てることができるかどうかですか	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				
9	季節や衣類に合った服を自分で選ぶことができますか	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	社会的能力			
10	一人で重い物は持ち上げることができますか	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			
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	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			
12	貯金の出入りや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	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			
13	電話をかけることができますか	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			
14	自分で食事の準備はできますか	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	家庭内の IADL			
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	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			
16	入浴は一人でできますか	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			
17	着替えは一人でできますか	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			
18	トイレは一人でできますか	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			
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	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	排泄			
20	食事は一人でできますか	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	整容			
21	家のなかでの移動は一人でできますか	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	身体的 ADL ②			
								DASC 21: (1~21項目まで)の合計点	
								点/84点	



DASC-21 用紙は、「dasc.jp 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントシート」(http://dasc.jp/) からダウンロードできます。



介護保険制度は、介護を必要とする方に、必要なサービスを総合的に提供する仕組みです。

ケアマネジャーは介護の知識をもった専門家で、介護保険サービスを利用するときの相談や利用者の心身の状況に応じたケアプランを作成します。利用者の生活上の「困難」や「要望」を十分に聴き取り、専門的な情報も提供しつつ介護保険サービスや多様な社会資源を利用者と相談しながら調整し、その人らしい生活を送りつづけることができるように支援しています。

生活を支えることはケアマネジャーひとりの力ではできません。かかりつけ医を始め、関係者が情報共有・連携して支援にあたるための環境づくりが、ケアマネジャーの大きな役割です。



### かかりつけ医・かかりつけ歯科医の先生へ

要介護・要支援認定を受けている方の生活上の支障や異変に気づいたときは、ぜひ高齢者総合相談センターや担当ケアマネジャーへ情報提供及び助言をお願いいたします。

### 新宿区医療・介護・障害・通いの場情報検索サイト

## さがせる新宿

在宅療養を支援する医療機関・介護サービス事業所・障害福祉サービス等事業所・住民主体の「通いの場<sup>\*</sup>」等の情報を、地図や住所・受けたいサービスなどから検索できるサイトです。

さがせる新宿

検索

<https://carepro-navi.jp/shinjuku>



\*通いの場…体操や趣味活動など、介護予防に役立つ活動をしているグループ

成年後見制度とは、認知症・知的障害・精神障害などによって判断能力が十分ではない方（本人）の権利を守る民法に基づいた制度です。本人の意思を尊重し、心身の状態や生活状況に配慮しながら、本人がその人らしい生活を送るため、生活・医療・介護・福祉に関する契約などのお手伝い、本人の資産や収入状況を把握し、本人のために必要かつ相当な支出を計画的に行う等の財産管理を行います。

## 1 法定後見制度…すでに判断能力が十分ではない方に

家庭裁判所によって選ばれた成年後見人、保佐人、補助人が、本人の利益を考えながら、代理権や同意権・取消権を活用することによって、本人を保護・支援する制度です。

類型		後見	保佐	補助
対象者（本人）		買い物などの日常生活や財産管理などが一人ではできない人	日常の買い物程度は一人でできるが、重要な財産管理などはできない人	重要な財産管理などを一人ですることが不安な人
開始の 手続	申立てができる方	本人、配偶者、四親等内の親族、区市町村長など		
	申立てについて本人の同意	不要	代理権付与の場合は必要	必要
医師の鑑定		原則として必要		原則として不要
援助者の 権限の 範囲	同意権 取消権	対象者の法律行為全般（同意権についての規定はない）	不動産やその他重要な財産に関する権利の取得、喪失を目的とする行為など	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める
	代理権	財産に関するすべての法律行為	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める
資格などの制限		成年後見を利用した場合の資格や地位等を失う「欠格条項」は廃止しており、必要な能力の有無の個別審査に見直しされています。		

## 2 任意後見制度…将来の不安に備えたい方に

判断能力が十分ではない状態になった場合に備えて、本人があらかじめ選んだ代理人（任意後見人）に、身上保護や財産管理などに関する代理権を与える契約を公正証書で結んでおくものです。

**!** 医療行為の同意、保証人や身元引受人になることは成年後見人等の役割には含まれません。

## 成年後見制度Q & A (法定後見制度の場合)

Q1 成年後見人等は、誰になるのですか？

A1

成年後見人等は、親族、専門職（弁護士、司法書士、社会福祉士等）、社会福祉協議会等の法人等です。成年後見人等候補者を立てて申立てできますが、誰を成年後見人にするかは、家庭裁判所が決定します。そのため、候補者が成年後見人等に選任されない場合があります。なお、成年後見人等の活動は、原則本人が亡くなるまで続きます。

Q2 成年後見制度の利用には、費用はどれくらいかかりますか？

A2

申立て費用は、印紙、切手代で約1万円かかります。鑑定が必要となった場合は、3～10万円の費用がかかります。成年後見人等への報酬は、通常は月額2万円、管理財産額1,000万円以上は月額3～4万円、管理財産額5000万円以上は月額5～6万円となっています（東京都家庭裁判所の目安）。また、後見制度支援信託の費用、成年後見等監督人の報酬が発生することがあります。

なお、新宿区では、申立て費用や成年後見人等への報酬助成を行っています。

Q3 申立て時に必要となる診断書は、精神科医でないと作成できませんか？

A3

本人の精神状況を把握していれば、精神科以外の医師でも作成できます。記載内容や記載例等は裁判所ホームページでご覧いただけます。また、診断書は、「診断書（成年後見制度用）」「診断書付票」の2点（家庭裁判所指定様式）です。本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成する「本人情報シート」があります。



### かかりつけ医・かかりつけ歯科医の先生へ ～新宿区成年後見センターへの相談を勧めてください～

成年後見センターでは申立ての手続き等の相談支援を行っております。制度内容が複雑かつ制度利用後の取り止めは原則不可等のことから、相談者には申立て前に十分な情報収集と検討を行うことを勧めしております。申立人等から「成年後見制度の診断書」作成の依頼があった場合には、ぜひ、新宿区成年後見センターへの事前の相談を勧めてください。

#### 新宿区成年後見センター

〒169-0075 新宿区高田馬場1-17-20 新宿区社会福祉協議会内

☎ 03-5273-4522 FAX 03-5273-3082 E-mail skc@shinjuku-shakyo.jp

職員による相談 月～金曜日（祝・休日、年末年始を除く）午前8時30分～午後5時

専門家による相談（予約優先）月曜日：司法書士／水曜日：弁護士／金曜日：社会福祉士  
いずれも午後1時～2時／午後2時30分～3時30分

# 新宿区高齢者総合相談センター一覧

(地域包括支援センター)



(令和8年3月現在)

	名 称	電話番号等
①	四谷 高齢者総合相談センター	☎ 03-5367-6770 FAX 03-3358-6922 四谷三栄町10-16 四谷保健センター等複合施設4階
②	笹笥町 高齢者総合相談センター	☎ 03-3266-0753 FAX 03-3266-0786 北山伏町2-12 あかね苑新館内
③	榎町 高齢者総合相談センター	☎ 03-5227-1757 FAX 03-5227-1758 弁天町50 牛込保健センター等複合施設4階
④	若松町 高齢者総合相談センター	☎ 03-5292-0710 FAX 03-5292-0716 戸山2-27-2 戸山シニア活動館1階
⑤	大久保 高齢者総合相談センター	☎ 03-5332-5585 FAX 03-5332-5592 百人町2-8-13 Fiss 1階
⑥	戸塚 高齢者総合相談センター	☎ 03-3203-3143 FAX 03-3203-1550 高田馬場1-17-20 新宿区社会福祉協議会1階
⑦	落合第一 高齢者総合相談センター	☎ 03-3953-4080 FAX 03-3950-4130 中落合2-5-21 聖母ホーム内
⑧	落合第二 高齢者総合相談センター	☎ 03-5348-8871 FAX 03-5348-8872 上落合2-22-19 キャンパスエール上落合2階
⑨	柏木 高齢者総合相談センター	☎ 03-5348-9555 FAX 03-5348-9556 北新宿3-27-6 北新宿特別養護老人ホーム(かしわ苑)内
⑩	角筈 高齢者総合相談センター	☎ 03-5309-2136 FAX 03-5309-2137 西新宿4-8-35 西新宿シニア活動館3階
⑪	新宿区役所 高齢者総合相談センター	☎ 03-5273-4593 FAX 03-5272-0352 ☎ 03-5273-4254 歌舞伎町1-4-1 新宿区役所本庁舎2階 高齢者支援課内

窓口  
受付時間

新宿区役所以外：月～土 午前9時～午後5時30分（日、12/29～1/3除く）  
新宿区役所高齢者総合相談センター：月～金 午前8時30分～午後5時、  
火曜日は午後7時まで（土、日、祝・休日、12/29～1/3を除く）



## 新宿区認知症診療連携マニュアル

第4版

令和8年3月

発行：新宿区

企画・編集：認知症診療連携マニュアル作成PT

委員／東京医科大学病院・認知症疾患医療センター 佐藤友彦

新宿区医師会（認知症サポート医）

金子宏明 木原幹洋 迫村泰成 福岡稔晃 藤本進

新宿区歯科医師会 蛭名勝之

新宿区四谷牛込歯科医師会 竹内周平

新宿区薬剤師会 渡部紘行

新宿区福祉部高齢者支援課 〒160-8484 新宿区歌舞伎町1-4-1

電話 03-5273-4594 FAX 03-5272-0352

刊行物作成番号 2025-15-2914

この刊行物は、業者委託により2,000部印刷製本しています。  
その経費として、1部あたり528円（税込み）がかかっています。  
ただし、編集時の職員人件費や配送経費などは含んでいません。

