



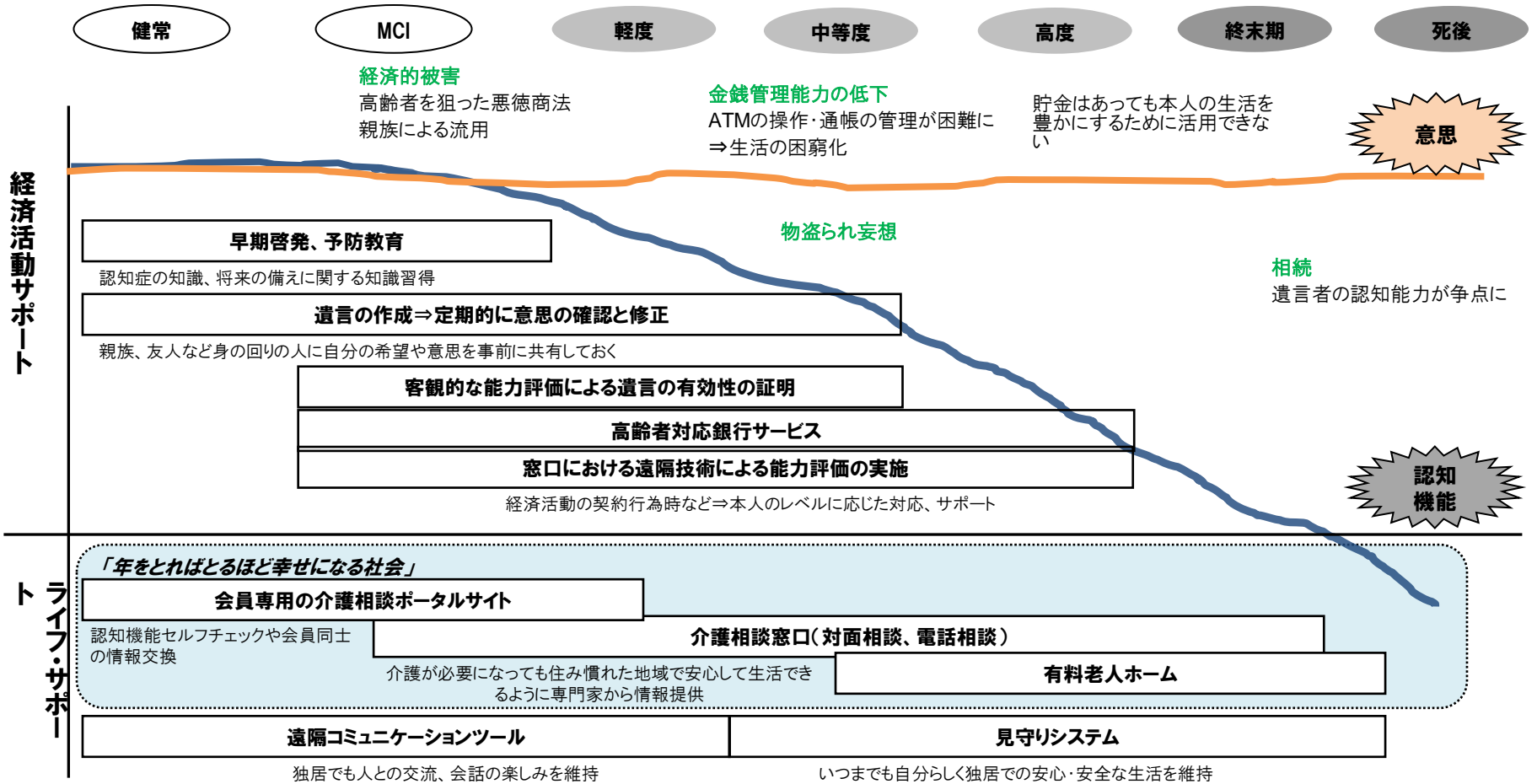
認知症のステージ毎に起こりうる 生活障害の理解



2019年9月5日
認知症リンクワーカー養成研修

京都府立医科大学大学院医学研究科
精神機能病態学
成 本 迅

高齢者の人生経過図



認知症の人も生活
できる街づくり

迷っても安心

認知症に気づいて
さりげなくサポート

交通
機関

不動産

自分に合った物件
を借りられる

飲食店

認知症になっ
ても利用できる

生活に必要な
なお金をお
ろすことが
できる。詐
欺や虐待か
ら守ってく
れる。

金融機関

行政

認知症に
なっても利用
でき、必要な
行政サービ
スを利用で
きる

安心して買い
物ができる

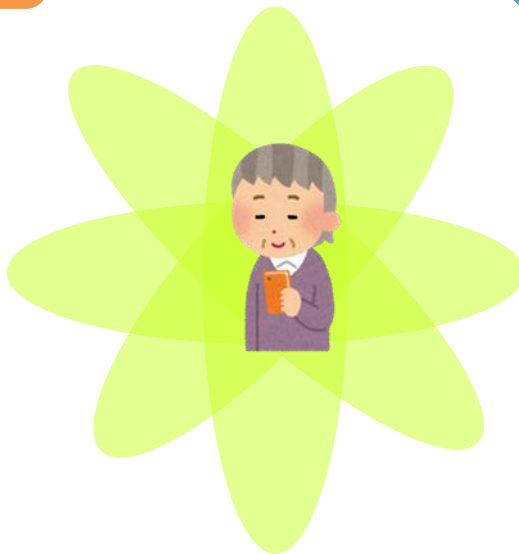
コンビニ
スーパー

必要な介護
サービスを利用
できる

福祉

医療

必要な医療が
受けられる



意思決定サポートシステムと成年後見制度の比較 (小賀野・成本作成)

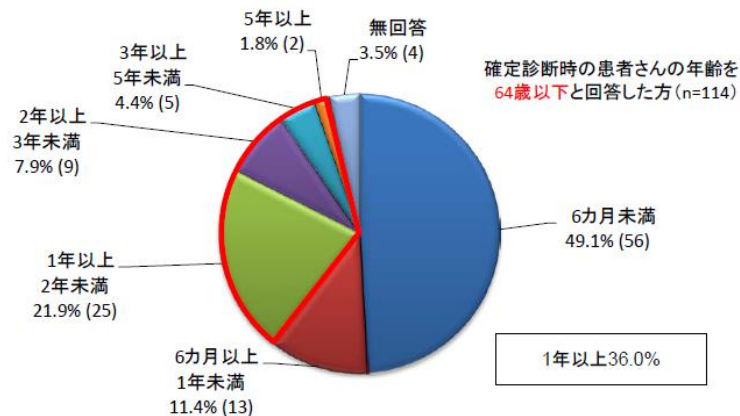
	意思決定サポートシステム	成年後見制度
対象	地域	全国
根拠・手続	民法及び民法特別法 要綱、条例 ガイドライン、マニュアル	民法及び民法特別法 家庭裁判所の審判(法定後見) 契約(任意後見)
支援	日常生活での意思決定 意思決定支援 地域の連携 例)日常生活自立支援事業	法律行為 代理権、同意権、取消権 成年後見人等、指定された者
家族	家族の意向・関与を尊重	家族は成年後見人等の候補者
判断能力	生活能力 意思疎通能力	意思能力 事理弁識能力
能力判定	財産管理、日常生活能力 対面と遠隔、ICT利用	財産管理 医師の鑑定・診断
支援時期	健康時から死亡まで 予防、事前・事後の支援	判断能力低下の判定後 事後の支援
医療契約	患者と医師の協働関係	双務契約、対向関係
医療同意	患者の意思 第三者の関与	患者の意思 成年後見人等に権限なし
個人情報	支援者間の共有 プライバシー保護	原則として本人の同意 プライバシー保護
公と私	公私協働における民法	私法としての民法
制度像	弾力性、柔軟性、個別性	堅実性、厳格性、統一性

お話しする内容

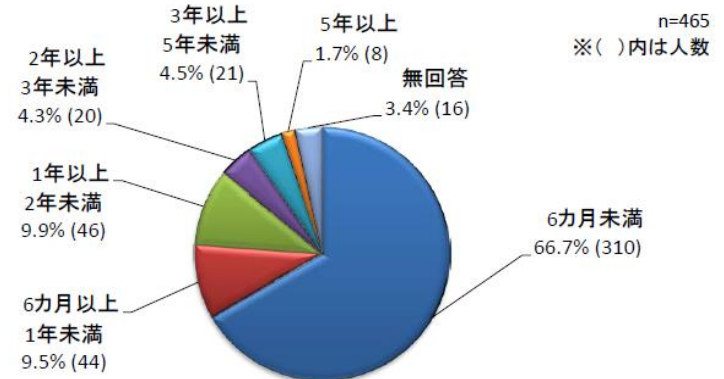
- 受診から診断、告知
- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症
- 血管性認知症
- 前頭側頭型認知症
- 若年性認知症
- BPSD
- 医療同意・運転・成年後見

気づきから診断までの期間

最初に医療機関を受診するまでの期間



最初の受診から確定診断までの期間



病識について

- 早期から自分の記憶障害を認識できなくなる事例がある
- 孤独な環境
- 性格、脱抑制
- 気分の落ち込み などが関与
- 支援の拒否・運転中止の拒否

対応

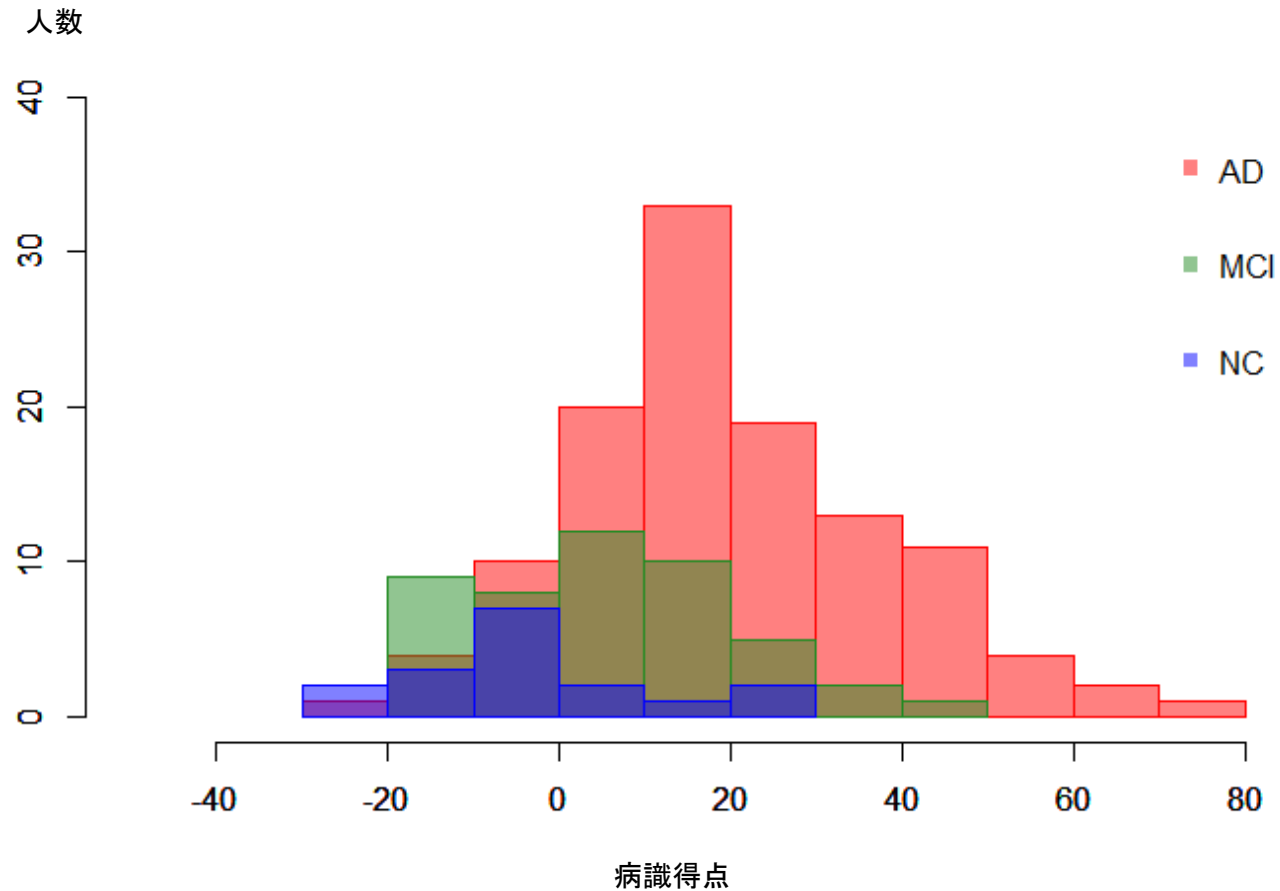
必要な支援のうち本人の抵抗が少なそうなものから導入する
社会的なつながりを確保する

当事者との出会い

認知症フォーラム.com

(https://www.ninchisho-forum.com/tokusyuu/person/n_010_01.html)

病識の得点分布(自施設)

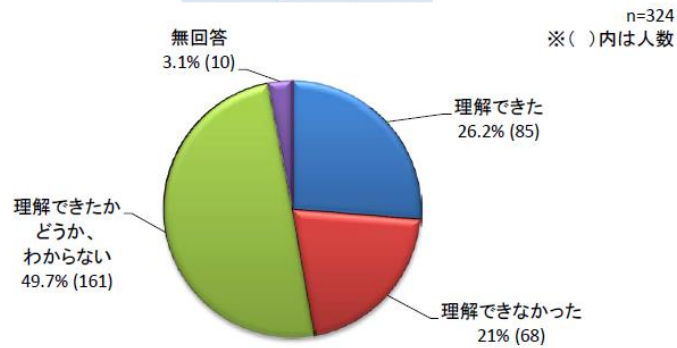


記憶に関する本人評価と介護者評価の差(得点が高いほど病識がない)

認知症の告知③

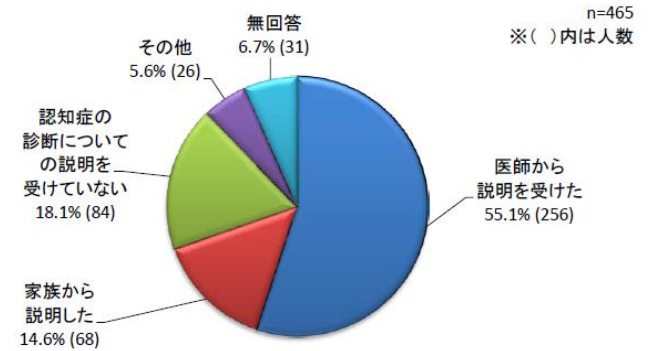
【認知症の診断について、患者さんが「医師」または「家族」から説明を受けたと回答した方】

全体 (n=324)



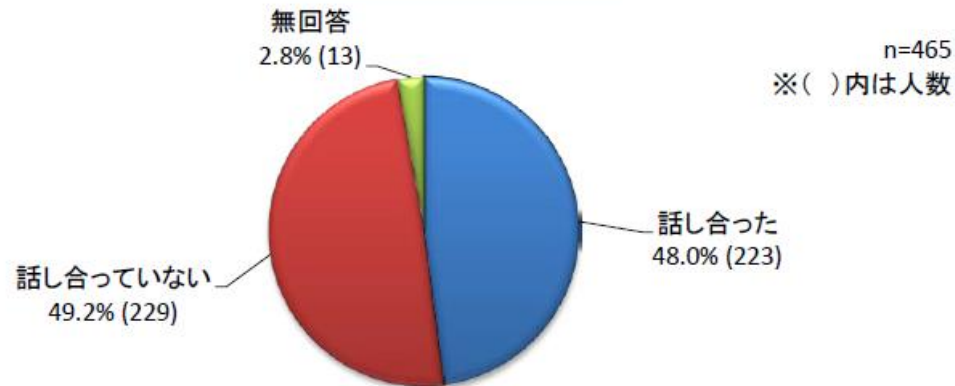
認知症の告知①

全回答者 (n=465)



診断後の生活等についての話し合いの有無

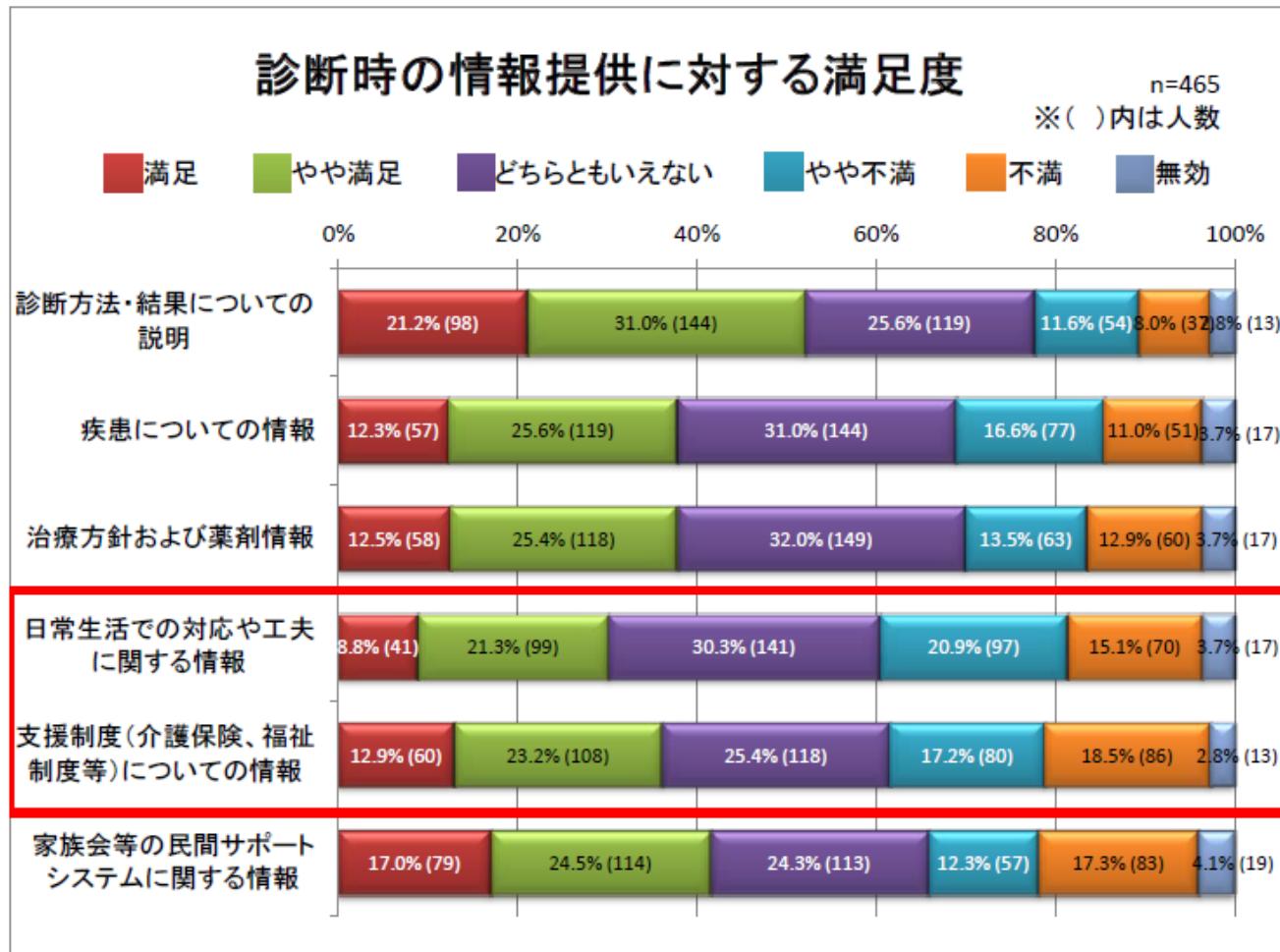
全回答者 (n=465)



告知について

- 本人にも原則説明する
- その後も継続してサポートすることを保証する
- 進行を遅らせるためにできる工夫を伝える
- 診断までに起きている対人関係上、社会生活上の問題の解決を支援する

診断時の情報提供に対する満足度



認知症の人と家族の会編著「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」(2014)

認知症の原因となる病気

神経変性疾患

- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症

脳卒中の後遺症

- 血管性認知症

その他

- 脳腫瘍・正常圧水頭症
- アルコール・薬剤性

主な病気

1. アルツハイマー型認知症 (>50%)
2. 血管性認知症 (20%)
3. レビー小体型認知症 (5-10%)

アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症
<p data-bbox="256 261 430 307">症状</p> <p data-bbox="256 332 598 461">最近の出来事を忘れる（近時記憶障害）、日付や場所があやふやになる（失見当識）、ものの認識ができなくなる（失認）</p>  <p data-bbox="256 504 430 549">その他の特徴</p> <p data-bbox="256 575 598 661">自分の障害の自覚がない、ちぐはぐな服装になってしまう、言葉が出ない</p>	<p data-bbox="981 261 1155 307">症状</p> <p data-bbox="981 332 1323 389">幻視、錯視、立体の認知、最近の出来事を忘れる</p>  <p data-bbox="981 504 1155 549">その他の特徴</p> <p data-bbox="981 575 1159 604">意識の変動がある</p>
血管性認知症	前頭側頭葉変性症
<p data-bbox="256 811 430 856">症状</p> <p data-bbox="256 882 508 911">注意障害、実行機能障害</p>  <p data-bbox="256 1061 430 1106">その他の特徴</p> <p data-bbox="256 1132 552 1160">自覚性低下、うつがみられる</p>	<p data-bbox="981 811 1155 856">症状</p> <p data-bbox="981 882 1323 1011">人格変化、言葉の意味がわからない（意味性認知症）、話し方がぎこちない（進行性非流暢性失語）</p>  <p data-bbox="981 1061 1155 1106">その他の特徴</p> <p data-bbox="981 1132 1323 1189">甘いものを好む、同じ動作や行動を繰り返す</p>

（成本，おはよう21，2016）

中核症状と周辺症状

廃用症候群

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

言語障害
実行機能障害
見当識障害
判断力低下
記憶障害

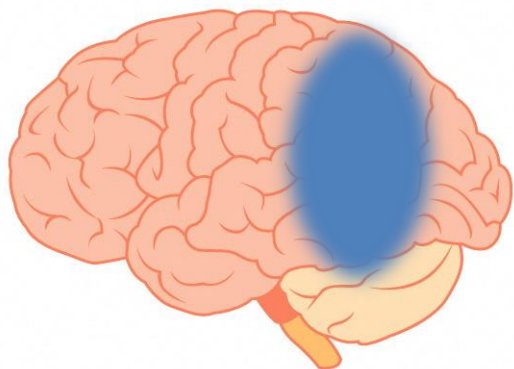
周辺症状 (BPSD)

不安
抑うつ
興奮
徘徊
不眠
被害念慮
妄想



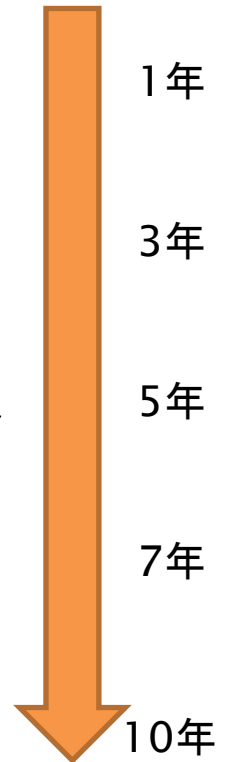
アルツハイマー型認知症

- 老人斑、神経原線維変化
- 海馬、側頭葉、頭頂葉の機能低下、萎縮
- 認知機能、日常生活機能が年単位でゆっくりと低下



アルツハイマー型認知症の症状と経過

- 発症前期
 - うつ、軽いものの忘れ
- 初期
 - もの忘れ、日付を忘れる
- 中期
 - 言葉が出ない、服が着れない、トイレの失敗
 - 歩行障害、筋肉が硬くなって動かみにくい
 - 今いる場所や親しい人を思い出せない
- 後期
 - 言葉が出ない
 - ねたきり



典型的な経過

- 発症時76歳 女性
 - メモをとる習慣があったが、メモを置き忘れるようになった
 - 地下鉄に乗ると場所がわからなくなり迷子になった
 - 抗認知症薬服用開始
- 79歳時
 - 生活に介助を要するようになり娘と同居を始める
 - デイサービスとホームヘルパー利用開始
- 82歳時
 - 娘が家に帰ると机で泣いているようになった
 - 抗うつ薬の投与で改善

- 83歳時
 - トイレを失敗するようになった。
 - 転倒して大腿骨を骨折し入院。退院後はぼんやりと無気力な様子となった。
 - 日中一人でいるときに何度か家を出て外で見つかることがあった。
 - ショートステイ利用開始
- 84歳時
 - かぜをひいたのをきっかけに、昼と夜が逆転して夜間興奮して家を飛び出そうとすることがあった。

記憶障害

- 日付を何度もきく、同じことを何度も話す
- 物を失くして、探し物ばかりしている
- 盗られたと人を疑う
- 薬を飲み忘れる
- 火の不始末

対応

メモやアラームを活用

日めくりカレンダー

毎回同じ返答をする

物の置き場所を決めて整理整頓

お薬カレンダーの活用

調理器具はIHに換えたり自動消火センサーをつける

発症年齢による特徴

若年発症（65歳以前）

- 進行が早い
- 失行、失認、失語などの皮質症状が目立つ
- 家族歴があることが多い

高齢発症（80歳以上）

- 進行は遅い
- 海馬の障害による近時記憶障害が中心
- 家族歴はないことも多い

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴
1. 認知機能の障害なし	正常	主観的および客観的機能低下は認められない。
2. 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える。喚語困難。
3. 軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することが困難。
4. 中等度の認知機能低下	軽度AD	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の複雑な仕事でも支障をきたす。
5. やや高度の認知機能の低下	中等度AD	介助なしでは適切に洋服を選んで着ることができない。入浴させるとき何度もなだめすかして説得することが必要なことがある。
6. 高度の認知機能の低下	やや高度AD	<ul style="list-style-type: none"> (a) 不適切な着衣 (b) 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 (c) トイレの水を流せなくなる。 (d) 尿失禁 (e) 便失禁
7. 非常に高度の認知機能低下	高度AD	<ul style="list-style-type: none"> (a) 最大限約6語に限定された言語機能の低下。 (b) 理解し得る語彙はただ一つの単語となる。 (c) 歩行能力の喪失 (d) 着座能力の喪失 (e) 笑う能力の喪失 (f) 昏迷および昏睡

抗認知症薬

薬剤名	対象患者	用法	副作用
アリセプト	軽度～高度	一日1回朝 3mgを2週間服用してから5mgへ増量、高度では10mgに増量	吐き気、下痢、 食欲不振
レミニール	軽度～中等度	一日2回朝夕 8mgから開始し、4週後に16mg、さらに4週後に24mgまで増量できる	吐き気、下痢、 食欲不振
リバスタッチ・イクセロンパッチ	軽度～中等度	一日1回貼付 4.5mgから開始して、4週毎に4.5mgずつ増量し、維持量として18mgを貼付する	吐き気、下痢、 食欲不振 皮膚の発赤、 接触性皮膚炎
メマリー	中等度～高度 上記3剤と併用が可能	一日1回朝 5mgから開始して、1週間ごとに5mgずつ増量。20mgが維持量	めまい、眠気

いずれも薬効は維持量になってから4週間程度たってから

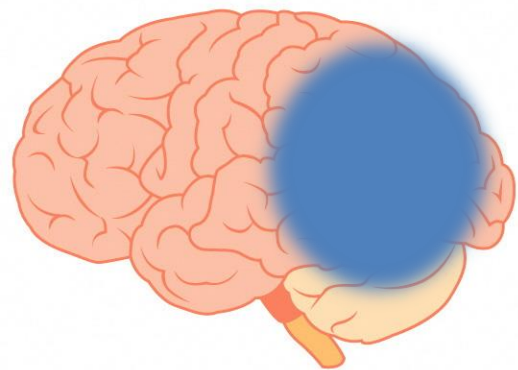
副作用が出た時の対応

- 軽微なものであれば服薬継続
→徐々に軽減することが多い
- 食欲低下でほとんど食事がとれない、眠気が強くて日中ほとんど眠っているなど生活に支障が出ているようであれば一旦中止して経過をみる
- 偶然の一致に注意



レビー小体型認知症

- レビー小体を認める
- アルツハイマー型認知症と同じ神経変性疾患
- 海馬の萎縮、頭頂葉、側頭葉の機能低下に加え後頭葉にも機能低下あり
- 注意の変動、幻視、パーキンソニズム（手のふるえ、筋肉が固くなる、歩きづらくなる）



レビー小体型認知症 74歳 男性

- 67歳頃より動作が緩慢になり、歩くのが遅く、歩幅が小刻みになった(パーキンソン症状)。
- その頃から、妻の顔が別人に見えるという訴えも出現した(異常視覚体験)。
- 症状は日によって異なり、調子の良い時には会話もスムーズだが、調子が悪いと会話がかみ合わない(注意の変動)。
- また、夜になると誰かが部屋に入ってくると訴えることがある(幻視)。

血管性認知症

- 脳梗塞や脳出血によるダメージ
- 階段状の進行
- 歩行障害、深部腱反射の異常など神経徴候を伴う
- 感情失禁、尿失禁、易怒性や無気力
- 肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病、心疾患

血管性認知症 84歳 男性

- 平成X年9月に、突然言葉が出なくなり(失語)近医を受診したところ脳梗塞といわれ1週間入院した。
- リハビリを行い、発音が不明瞭ながらも話すことができるようになった
- 以前楽しみにしていたゲートボールには興味がなくなり、家に引きこもるようになった(活動性低下)。
- 糖尿病治療のインスリン自己注射ができなくなった。

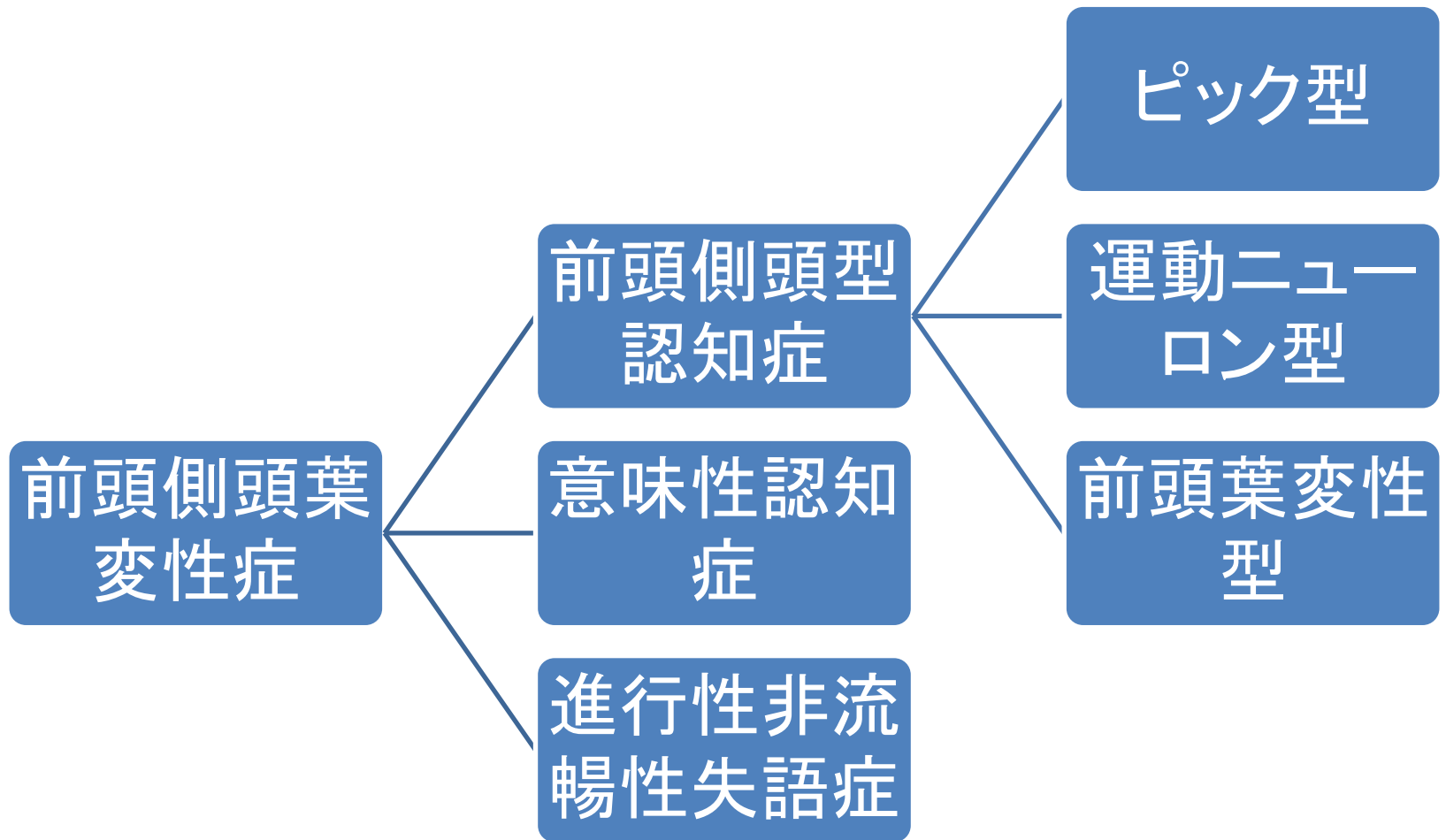
前頭側頭葉変性症

- 65歳以下の若年性認知症の原因としては多い
- 9.4/100,000 (60-69歳)
- 40%で家族歴(前頭側頭型が多い)
- 10%で常染色体優性遺伝
- 指定難病127

前頭葉機能

- 前頭葉障害の3症候群
 - 眼窩前頭：脱抑制
 - 内側前頭：無気力
 - 背外側前頭前野：実行機能障害（注意を配分したり，計画を立てたりすることの障害）
- ⇒ 社会性、仕事の能率、段取りなどに変化

前頭側頭葉変性症 分類



前頭側頭型認知症

- 男女比1:1、発症45-65、経過6-8年
- 行動障害と性格変化が特徴
- 前頭葉中心の萎縮
- 無気力と脱抑制が混在
- 身なりに無頓着、失禁
- 万引きなどの反社会的行動、気遣いの消失
- 病識の欠如、反復行動
- 食事の好みの変化(甘いものを好む)
- 記憶や見当識は保たれる

事例（前頭側頭型認知症）

- 57歳 男性
- タクシー運転手をしていたが、事故を頻繁に起こすようになり、事故処理をせずに立ち去ってしまい解雇されることを繰り返していた。
- 仕事につかず家で過ごすようになってからは、毎日同じスーパーへ行って買い物をし、同じ道を通って帰ってくる生活。
- 一緒に買い物に行くと、お金払わんでええんやと商品をもって帰ろうとする。

意味性認知症

- 側頭葉型前頭側頭葉変性症ともいわれる
- 左側頭葉前部に限局した萎縮
- 流暢に話すが、言葉や物、概念の意味がわからなくなる。
- 視空間機能や実行機能は保たれる
- 右側頭葉に限局した萎縮の症例では、前頭側頭型と類似の症状と顔と名前が一致しなくなる。

事例（意味性認知症）

- 58歳 女性
- 「歯ブラシって何？」と日常的な物のことをきくようになったことから、周囲は演技していると考えてしばらく精神科を受診。抗不安薬の投与を受けたが改善しなかった。
- 問診では、歯ブラシを見せてこれは何かときくとわからない。「ハ」「ハブ」「ハブラ」と言葉の始めの音をヒントに出しても、「ああ「ハブラ」ですか」とまったく出てこない。

進行性非流暢性失語

- 左シルビウス裂前後の萎縮
- ゆっくりとした、努力性の発語
- 音韻の並びの間違い
- 進行性核上性麻痺や皮質基底核変性症の神経症状
- 記憶や視空間機能は保たれる

事例（進行性非流暢性失語）

- 65歳 男性
- 退職してから計算力が落ち、言葉がなかなか出てこないことに気づかれた。
- 一生懸命話そうとするが言葉が出ず、たどたどしいしゃべりかた。書字では「こんには」「病院にきたした」など誤りを認める
- 妻が習っている詩吟をリハビリのためといって一生懸命練習している

前頭側頭葉変性症の診断基準

「神経変性疾患領域における基盤的調査研究班」

研究代表者 国立病院機構松江医療センター 院長 中島健二

(行動異常型)前頭側頭型認知症及び意味性認知症と臨床診断された例を対象とする。

1. (行動異常型)前頭側頭型認知症

(1) 必須項目: 進行性の異常行動や認知機能障害を認め、それらにより日常生活が阻害されている。

(2) 次のA～Fの症状のうち3項目以上を満たす。これらの症状は発症初期からみられることが多い。

A. 脱抑制行動: 以下の3つの症状のうちいずれか1つ以上を満たす。

1) 社会的に不適切な行動 2) 礼儀やマナーの欠如 3) 衝動的で無分別や無頓着な行動

B. 無関心又は無気力

C. 共感や感情移入の欠如: 以下の2つの症状のうちいずれか1つ以上を満たす。

1) 他者の要求や感情に対する反応欠如 2) 社会的な興味や他者との交流、又は人間的な温かさの低下や喪失

D. 固執・常同性: 以下の3つの症状のうちいずれか1つ以上を満たす。

1) 単純動作の反復 2) 強迫的又は儀式的な行動 3) 常同言語

E. 口唇傾向と食習慣の変化: 以下の3つの症状のうちいずれか1つ以上を満たす。

1) 食事嗜好の変化 2) 過食、飲酒、喫煙行動の増加 3) 口唇的探求又は異食症

F. 神経心理学的検査において、記憶や視空間認知能力は比較的保持されているにもかかわらず、遂行機能障害がみられる。

(3) 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例はまれである。

(4) 画像検査所見:

前頭葉や側頭葉前部にMRI/CTでの萎縮かPET/SPECTでの代謝や血流の低下がみられる。

(5) 除外診断: 以下の疾患を全て鑑別できる。

1) アルツハイマー病 2) レヴィ小体型認知症 3) 血管性認知症 4) 進行性核上性麻痺 5) 大脳皮質基底核変性症

6) 統合失調症、うつ病などの精神疾患 7) 発達障害

(6) 臨床診断: (1)(2)(3)(4)(5)の全てを満たすもの。

前頭側頭葉変性症の診断基準

「神経変性疾患領域における基盤的調査研究班」

研究代表者 国立病院機構松江医療センター 院長 中島健二

2. 意味性認知症

(1) 必須項目: 次の2つの中核症状の両者を満たし、それらにより日常生活が阻害されている。

- A. 物品呼称の障害
- B. 単語理解の障害

(2) 以下の4つのうち少なくとも3つを認める。

- A. 対象物に対する知識の障害(特に低頻度/低親密性のもので顕著)
- B. 表層性失読・失書
- C. 復唱は保たれる。流暢性の発語を呈する。
- D. 発話(文法や自発語)は保たれる

(3) 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。

(4) 画像検査: 前方優位の側頭葉にMRI/CTでの萎縮がみられる。

(5) 除外診断: 以下の疾患を鑑別できる。

- 1) アルツハイマー病
- 2) レヴィ小体型認知症
- 3) 血管性認知症
- 4) 進行性核上性麻痺
- 5) 大脳皮質基底核変性症
- 6) うつ病などの精神疾患

(6) 臨床診断: (1)(2)(3)(4)(5)の全てを満たすもの。

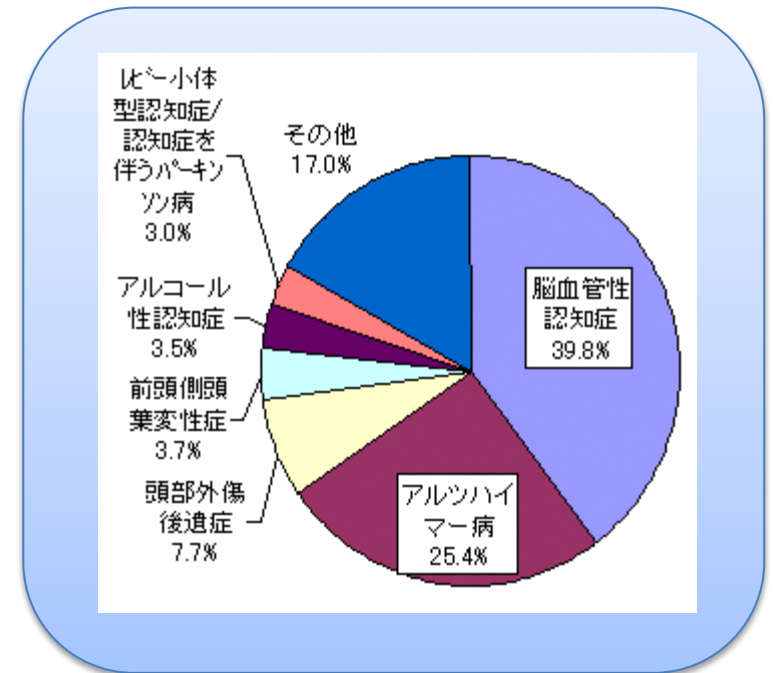
若年性認知症の実態

- 18－64歳人口10万人当たり47.6人
- 男性57.8人、女性36.7人
- 全国で3.78万人

「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」

朝田隆(平成21年)

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>



課題

- 診断後の早期の段階で利用できるサービスがない
- 働き手であることが多く、経済的問題が生じる
- 子供がまだ小さく影響を受けることがある
- 体力があるため精神症状が出現した時に入院で対応せざるを得ない場合がある

事例（血管性認知症）

- 56歳男性
- 50歳時に脳出血
- 麻痺は改善したが、意欲が低下した状態
- 53歳時、日中は横になってうとうとして過ごし、夜に起き出して、誰かが入ってきていると訴え、妻を起こす。
- 55歳時、本人の両親も介護が必要な状態となり同居を開始。
- 56歳時、デイサービスに通っているが、妻も体調が悪く、入院している時には娘が介護をしている。

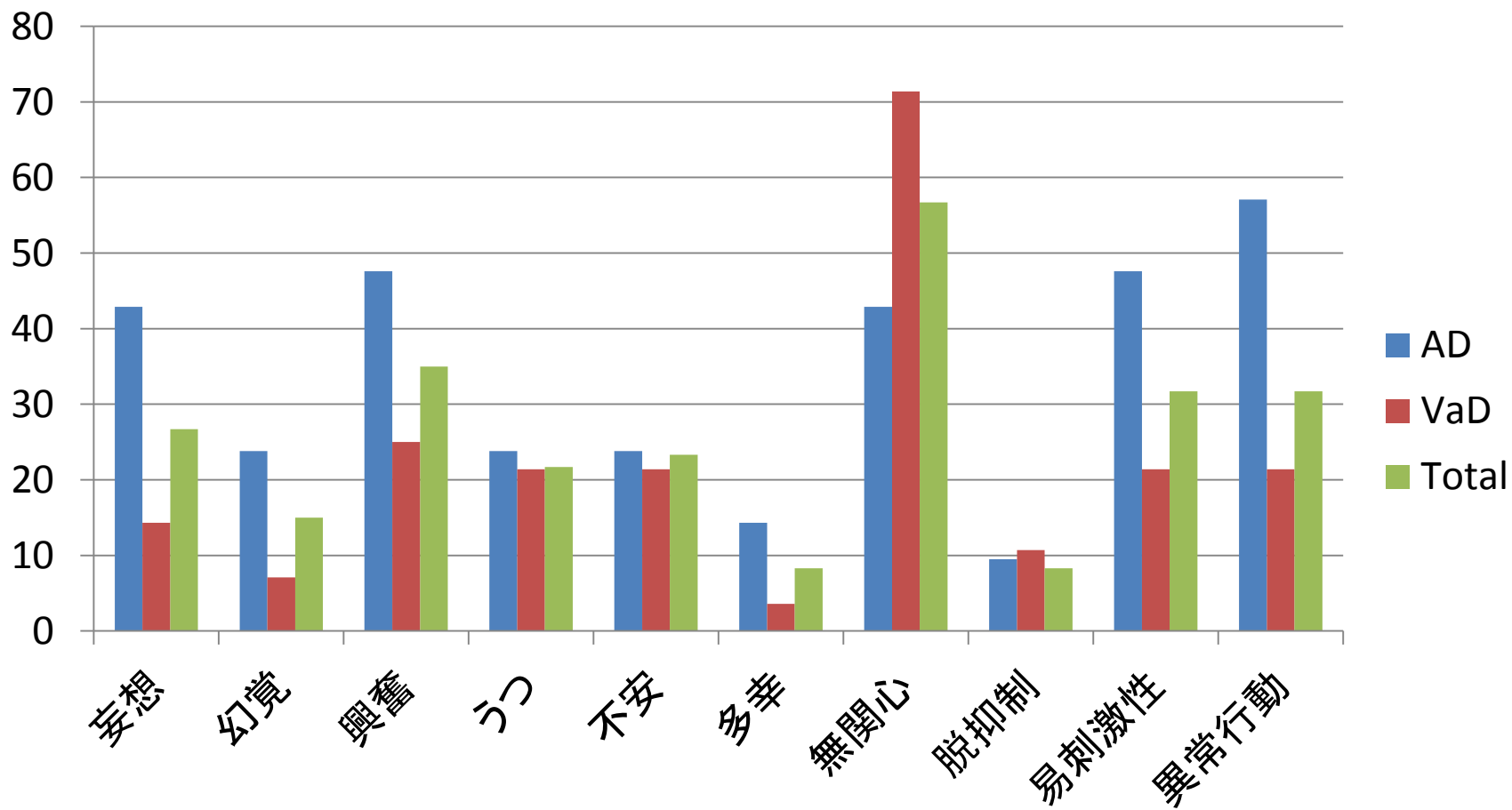
さまざまな精神症状

行動症状	心理症状
活動に関する障害	感情の障害
焦燥, 不穏状態	不安
多動	易刺激性
徘徊	抑うつ
社会的に不適切な行動	情緒不安定
無為	妄想と誤認性症候群
攻撃性	物盗られ妄想
食欲障害	我が家ではない
概日リズム障害	配偶者が偽者である
	死んだ親族が生きている
	幻覚

Neuropsychiatric Inventory

	頻度	重症度	負担度
妄想	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
幻覚	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
興奮	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
うつ	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
不安	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
多幸	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
無関心	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
脱抑制	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
易刺激性	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
異常行動	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
睡眠	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5
食行動	0 1 2 3 4	0 1 2 3	0 1 2 3 4 5

BPSD出現頻度



(Ikeda M, 2004)

精神症状がなぜ大切か？

- 80%以上の方が経験する
- 生活がしづらくなる
- 対応に工夫が必要
- 治療や予防が可能

精神症状の原因

- 脳の障害による
- 便秘、膀胱炎、頻尿や疼痛など身体の病気による
- 睡眠薬などのお薬による副作用
- 不快な刺激がある、あるいは刺激が少なすぎる
- 本人が望んでいることを周囲の人がうまくとらえられていない

せん妄

- 意識がぼんやりとなり
- 幻覚や妄想、興奮がみられる状態

- 夕方から夜におきやすい
- 体の病気の時や入院した時におきやすい
- 認知症の人におきやすい

- うつ

悲しそうな表情をする、よく泣いている

悲観的なことを話す、嫌な思い出を話す

→ 励まさない、薬物療法の対象となる

- 無気力

ぼんやりしている、自分からは何もしないがきっかけがあると動く、自分が興味のあることはやる

→ ご本人の興味を知ってきっかけづくりをする

うつ病

①抑うつ気分 ②興味喜びの喪失

+

- ③体重減少または増加
- ④不眠または過眠
- ⑤精神運動性の焦燥または制止
- ⑥疲労感、気力の減退
- ⑦無価値感または罪責感
- ⑧集中力低下 ⑨自殺念慮

5つ以上2週間以上持続

器質的疾患の鑑別

アメリカ精神医学会
DSM-5

スクリーニングに使える質問

- この1カ月で、気分が重くなったり、落ち込んだり、希望を失ったりしたことはありませんか？
- この1カ月で、物事に対して興味や楽しみが無くなってませんか？

両方yes: 感度97%、特異度67%、LR+ 2.9、LR- 0.05

抑うつ気分のみyes: 感度86%、特異度72%、LR+ 3.0、LR- 0.19

無快楽のみyes: 感度83%、特異度79%、LR+ 3.9、LR- 0.22

(Arroll et al., BMJ2003)

上記に加えて...

- 助けが欲しいと思う問題がありますか？

助けの質問のみ: 感度75%、特異度94%、LR+ 13.0、LR- 0.27

抑うつ気分、無快楽: 感度96%、特異度78%、LR+ 4.4、LR- 0.05

どちらかと助け質問: 感度96%、特異度89%、LR+ 9.1、LR- 0.05

プライマリケア医の診断: 感度79%、特異度94%、LR+ 13.0、LR- 0.23

(Arroll et al., BMJ2005)

自殺の予防

- リスク評価 (SADPERSONS)

Sex: 女性は自殺未遂が多く、男性は完遂が多い

Age: 10代と高齢者の二峰性分布

Depression: うつ病者の15%が自殺死する

Previous attempt: 未遂歴、未遂者の10%が自殺死する

Ethanol abuse: アルコール依存症患者の15%が自殺死する

Rational thinking loss: 合理的思考の欠如、統合失調症患者

Social support are lacking: 社会的サポートの欠如

Organized plan: 計画性 (道具や手段を準備している)

No spouse: 配偶者不在

Sickness: 慢性疾患を持っている

自殺念慮の聞き方

- 気分が落ち込んでしんどいと、死んだほうが楽かな、生きていても仕方ないなと思うようになることがあります。あなたはどうか？
- 自殺しようと思ったことはありますか？
- 実際にどんな方法で自殺しようか考えていますか？
- これまで自殺せずにこれたのはどうしてですか？自殺を考えた時にどんなことが歯止めになっていますか？

うつ病性仮性認知症と認知症の鑑別点

鑑別点	うつ病性仮性 認知症	認知症
物忘れの自覚	あり	少ない
物忘れに対する心配	強い	弱い
物忘れに対する姿勢	誇張する	取り繕う
気分の落ち込み	あり	少ない
随伴する妄想	心気妄想	物盗られ妄想
認知機能低下	注意障害	近時記憶障害

安定した生活のために

- スケジュールを一定にする
- 慣れ親しんだ環境をできるだけ変えない
- 定期的な外出により十分な身体活動，光曝露を確保する。
- 不必要な刺激を避ける
- 補聴器やめがねなどを使用している場合は合っているか確認する。

認知症になって苦手になること

- 記憶に関すること

最近の出来事を思い出す → 必要時以外尋ねない
予定を覚えておく → メモ、携帯のアラームなど
物をしまった場所を覚えておく → 整理整頓

- 生活に関すること

片付ける、準備する → 場所を決める、手順メモ
薬を飲む → 電話で声かけ、一日一回の服用
スケジュールをたてる

→ 本人の希望をききながら周囲がたてる

楽しみを見つける

→ これまで好きだったこと、それ以外のことも試してみる

話しの仕方であ気を付けること

- 早口の言葉を聞きとる
 - ゆっくり大きな声で目を合わせて
- 手順がたくさんある課題を行う
 - 1ステップずつ分けて
- 自分の状態を周りに伝える
 - 様子から察する
- いくつもの選択肢から選ぶ
 - 二択にする

BPSDを悪化させる可能性のある対応

- 患者の日課または環境に予期しない突然の変化をもたらす
 - 強制する。例えば、患者に何かを一定のやり方できるように、あるいは特定の服を着るように主張する
 - 患者の能力を超えるようなことを要求する
 - 患者に対して極端に批判的な態度をとる
 - 患者の要求を無視する
 - 極端に厳格もしくは支配的な態度をとる
 - 思い出させるために何度も急かしたり質問したりする
 - 患者に対して怒ったり、攻撃的な態度をとったりする
 - 激昂する
 - 患者に対し、子どもに対するようなみくびった話し方をする
- (第2版認知症の行動と心理症状 国際老年精神医学会)

他の病気との違い

- 他の身体疾患
 - 検査で異常が見つかる
 - 薬物療法が中心
 - 検査結果によって治療方針が決まる
- 認知症
 - 診察の時はしっかりしていることが多い
 - 家族からの情報をもとに判断する
 - 環境調整や対応が重要
 - 医師と家族の信頼関係と情報共有が大切

医師へ症状をどう伝えるか

- どんな症状が週何回位あって、どう困っているかを伝える
- これまでに行った対応の工夫を伝える
- 紙に書いて診察前に渡す
- 薬剤の効果についても週単位の変化を報告する。できるだけ具体的に。

1 困っている症状

夕方からいらいらして怒りっぽい。夜、落ち着かず何度も部屋から出てトイレへ行く。

2 頻度

ほぼ毎日

3 これまでの対応

落ち着くまでそばにいるようにしている。夜は少しヨーグルトを食べさせて部屋まで誘導している。

4 薬の使用についての希望

昼間はずっとうとうととしていてデイサービスにも参加できず、穏やかな顔を見ることもないので、薬を使って本人が少しでも楽になるのだったら試してみたい。

薬物療法が無効な可能性が高い症状

1. 徘徊
2. 他の部屋やトイレに入ってしまう
3. 同じ言葉を繰り返したり、大声を出したりする
4. 繰り返し物を叩いたり、触ったりする
5. 性的脱抑制
6. 不適切な性行動
7. 性格傾向に基づくケアの拒否
8. 収集行動
9. 物を盗む
10. 弄便などの不適切な排泄行動
11. 唾を吐く
12. 裸になったり、不適切な服装をする
13. 要求や質問を繰り返す
14. 同じ単語や文章を繰り返す
15. 物を隠す
16. 車いすに乗っている患者を押す
17. 物をちぎる、トイレに流す
18. 不注意で自分や他人を危険な状況に置く
19. 異食
20. 物にぶつかったり、つまづいたりする
21. 拘束をとってしまう
22. 自傷行為
23. レクリエーションなどに参加しない
24. 食器を投げる、他の人の食事を盗る、床に寝ころぶ

(Groulx, 1998)

薬物療法が効く可能性のある症状

1. 不安：落ち着かなさ
2. 悲しみ
3. 引きこもり
4. 奇異な行動や退行した行動（元来の性格からは説明できない）
5. 気分高揚
6. 乱暴な言動
7. 妄想
8. 幻覚

(Groulx, 1998)

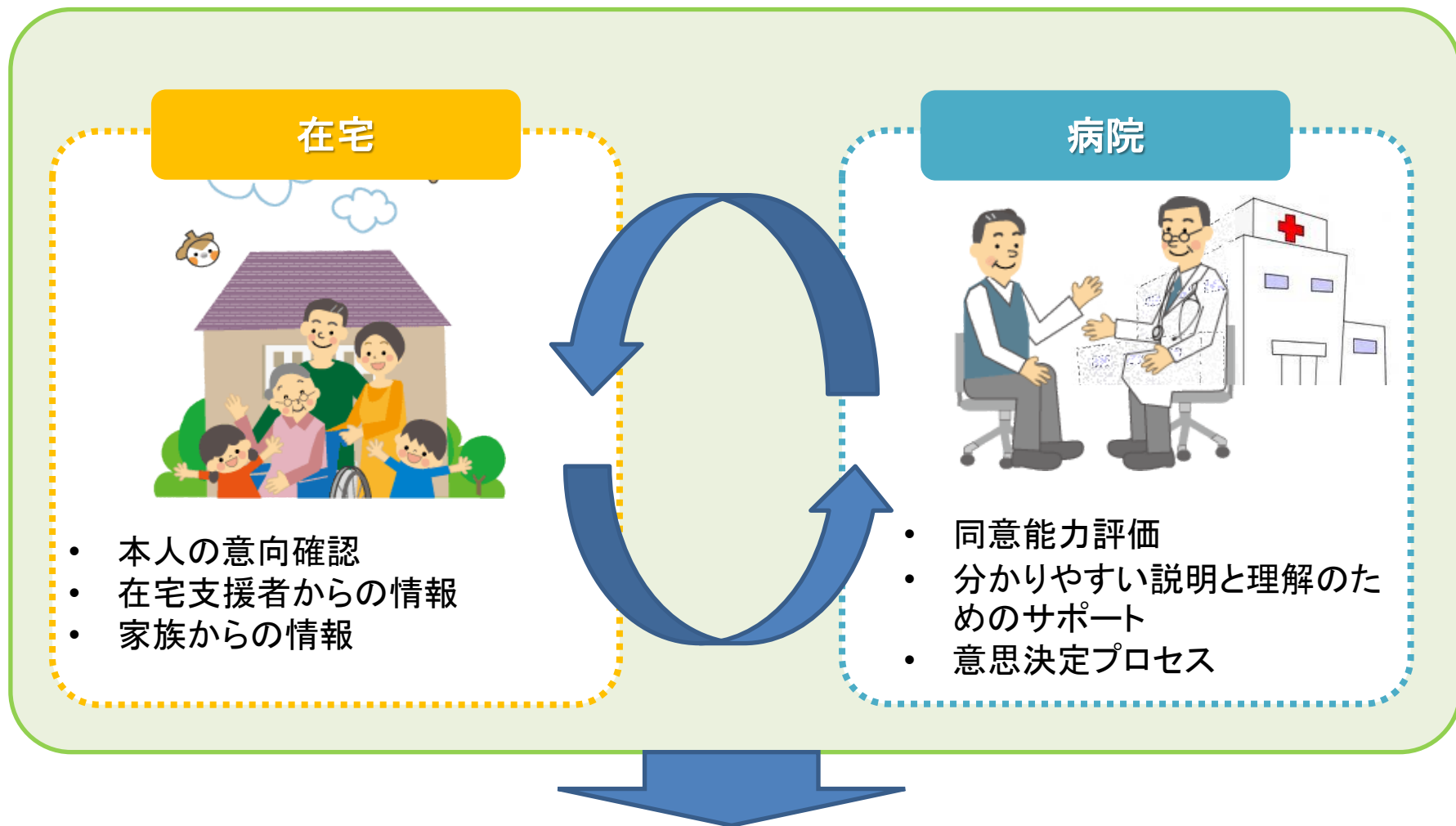
薬物療法

- 過度の期待は禁物
- 少量から始め、ゆっくりと増量
- 本人が状態を報告できなことが多く、家族、介護関係者の報告が重要
- 症状の種類、頻度、

効果を判定するために

- 服薬前の状態を記録しておく
- 回数や時間で測れる指標をもとに効果を判定する
- 薬効と副作用を把握して、薬による影響とそれ以外を区別する

地域と病院をつないで医療選択サポートの質を高める



本人の意思決定を尊重した、地域包括ケア・多職種連携の中での医療選択

病院で勤務する
専門職の皆様へ

医療従事者向け 意思決定支援ガイド

本人らしい生き方を探る



JST/STEX
【コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン】 研究開発領域
【認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発】

平成27年●●●日

認知症の人と関わる
在宅支援スタッフの
皆様へ

在宅支援チームのための 認知症の人の 医療選択支援ガイド

医療と介護のバリアフリーを目指して



JST/STEX
【コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン】 研究開発領域
【認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発】

平成27年●●●日

地域の皆様へ

認知症の人と家族のための 医療の受け方ガイド

医療行為の説明の聞き方から選択まで



JST/STEX
【コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン】 研究開発領域
【認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発】

平成27年●●●日

<http://j-decs.org/>



認知症の人の医療選択と意思決定支援

第1章 医療同意プロジェクトのはじまり

1. 医療同意のプロジェクトを開始した背景 成本 迅
2. 地域包括ケアの中の医療同意 川口秀子
3. 地域での実践 地域包括・ケアマネジャーの立場から
松本善則

第2章 医療同意の実際

1. 医療同意の法的諸問題 小賀野晶一
2. 医療同意の課題と提言 名倉勇一郎
3. 医療同意能力評価の概念について 小海宏之
4. 認知症高齢者の医療同意能力評価に関する手法と課題
江口洋子
5. 医療同意能力評価の実際 加藤祐佳

第3章 医療同意プロジェクトから見てきたこと

成果と今後のビジョン 成本 迅

運転免許更新時の認知機能検査

- 時間の見当識
- てがかり再生(記録)
- 介入課題
- てがかり再生(再生)
- 時計描画

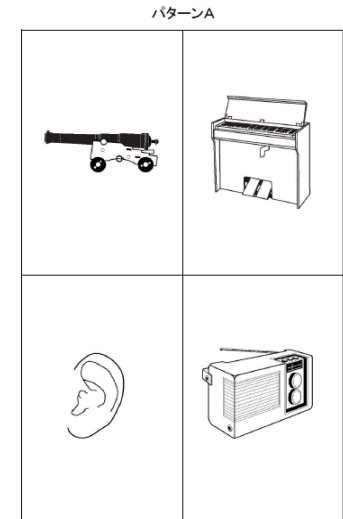
$$\text{総合点} = 1.15 \times A + 1.94 \times B + 2.97 \times C$$

- A 時間の見当識の点
- B てがかり再生の点
- C 時計描画の点

かい かく かく し
回 答 用 紙 2

→

9	3	2	7	5	4	2	4	1	3
3	4	5	2	1	2	7	2	4	6
6	5	2	7	9	6	1	3	4	2
4	6	1	4	3	8	2	6	9	3
2	5	4	5	1	3	7	9	6	8
2	6	5	9	6	8	4	7	1	3
4	1	8	2	4	6	7	1	3	9
9	4	1	6	2	3	2	7	9	5
1	3	7	8	5	6	2	9	8	4
2	5	6	9	1	3	7	4	5	8



総合点と結果の判定

- ア 記憶力・判断力が低くなっている者(第1分類)
総合点が49点未満
- イ 記憶力・判断力が少し低くなっている者(第2分類)
総合点が49点以上76点未満
- ウ 記憶力・判断力に心配のない者(第3分類)
総合点が76点以上

警察庁ウェブサイトより

https://www.npa.go.jp/policies/application/license_renewal/ninchi.html

改正道路交通法の施行状況 (平成29年3月12日～平成30年3月31日)

更新時の認知機能検査受検者数 2,105,477人

57,099人 第1分類と判定



- 自主返納 2,552人
- 再受検して第2、3分類に判定 5,339人
- 免許失効 942人

41,486人 臨時適性検査(専門医の診断)の通知又は診断書提出命令



- 自主返納 13,563人
- 再受検して第2、3分類に判定 3,046人
- 免許失効 3575人
- 医師の診断待ち 4,832人

16,470人 医師の診断を受けた者



- 免許継続 13,063人(うち9,563人が一定期間後の診断書提出)
- 行政処分に向けた手続き中 1,515人

1,892人 免許の取り消し・停止(取り消し1,836人、停止56人)

診断書様式

診 断 書 (都道府県公安委員会提出用)	
1. 氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	
2. 診断	
① アルツハイマー型認知症	
② レビー小体型認知症	
③ 血管性認知症	
④ 前頭側頭型認知症	
⑤ その他の認知症 ()	
⑥ 認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれがある (軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等)	
⑦ 認知症ではない	
所見 (現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。)	

2. 診断

①アルツハイマー型認知症

②レビー小体型認知症

③血管性認知症

④前頭側頭型認知症

⑤その他の認知症 ()

⑥認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれがある(軽度の認知機能の低下が認められる・協会状態にある・認知症の疑いがある等)

⑦認知症ではない

所見(現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往歴・合併症、身体所見などについて記載する。記憶障害、見当識障害、注意障害、失語、失行、失認、実行機能障害、視空間認知の障害等の認知機能障害や、人格・感情の障害等の具体的状態について記載する。

診断書様式

3. 身体・精神の状態に関する検査結果(実施した検査にチェックして結果を記載)

□認知機能検査・神経心理学的検査

□MMSE □HDS-R □その他(実施検査名)

□未実施(未実施の場合チェックし、理由を記載)

□検査不能(検査不能の場合チェックし、理由を記載)

□臨床検査(画像検査を含む)

□未実施(未実施の場合チェックし、理由を記載)

□検査不能(検査不能の場合チェックし、理由を記載)

□その他の検査

4. 現時点での病状(改善見込み等についての意見)

* 前頁2⑤に該当する場合(甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等)のみ記載

(1) 認知症について6月以内[または6月より短期間(ヶ月)]に回復する見込みがある。

(2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。

(3) 認知症について回復の見込みがない。

<p>3. 身体・精神の状態に関する検査結果(実施した検査にチェックして結果を記載)</p> <p>□ 認知機能検査・神経心理学的検査 □ MMSE □ HDS-R □ その他(実施検査名)</p> <p>□ 未実施(未実施の場合チェックし、理由を記載)</p> <p>□ 検査不能(検査不能の場合チェックし、理由を記載)</p> <p>□ 臨床検査(画像検査を含む) □ 未実施(未実施の場合チェックし、理由を記載)</p> <p>□ 検査不能(検査不能の場合チェックし、理由を記載)</p> <p>□ その他の検査</p>
<p>4. 現時点での病状(改善見込み等についての意見)</p> <p>* 前頁2⑤に該当する場合(甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等)のみ記載</p> <p>(1) 認知症について6月以内[または6月より短期間(ヶ月間)]に回復する見込みがある。</p> <p>(2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。</p> <p>(3) 認知症について回復の見込みがない。</p>
<p>5. その他参考事項</p>

以上のとおり診断します。平成 年 月 日
病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医氏名

* A4 版表裏印刷で使用。A4 版 2 枚の場合は要割印。A3 版 1 枚印刷も可

認知症 (DSM-5)

- A. 1つ以上の認知領域(複雑性注意、遂行機能、学習および記憶、言語、知覚・運動、社会的認知)において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている:
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという概念、および
 - (2) 標準化された神経心理検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された、実質的な認知行為の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する(すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする)
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない(例: うつ病、統合失調症)

軽度認知障害 (DSM-5)

- A. 1つ以上の認知領域(複雑性注意、遂行機能、学習および記憶、言語、知覚・運動、社会的認知)において、以前の行為水準から軽度の認知の低下があるという証拠が以下に基づいている:
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、軽度の認知機能の低下があったという概念、および
 - (2) 標準化された神経心理検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された、実質的な認知行為の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害しない(すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの複雑な手段的日常生活動作は保たれるが、以前より大きな努力、代償性方略、または工夫が必要であるかもしれない)
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない(例: うつ病、統合失調症)

CDR

	健康 (CDR0)	認知症疑い (CDR0.5)	軽度認知症 (CDR1)	中等度認知症 (CDR2)	重度認知症 (CDR3)
記憶	記憶障害なし	一貫した軽いもの忘れ 出来事を部分的に思い出す 良性健忘	中等度記憶障害、とくに最近の出来事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習した記憶は記憶は保持、新しいものはすぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対しての障害あり、検査では場所、人物の失見当なし、しかし時に地理的失見当あり	常時、時間の失見当 時に場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と問題解決	適切な判断力、問題解決	問題解決能力の障害が疑われる	複雑な問題解決に関する中等度の障害 社会的判断力は保持	重度の問題解決能力の障害 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能

CDR

	健康 (CDR0)	認知症疑い (CDR0.5)	軽度認知症 (CDR1)	中等度認知症 (CDR2)	重度認知症 (CDR3)
社会適応	仕事、買い物、ビジネス、金銭の取り扱い、ボランティアや社会的グループで、普通の自立した機能	先の活動の軽度の障害もしくはその疑い	左記の活動のいくつかにかかわっていても、自立した機能が果たせない	家庭外(一般社会)では独立した機能は果たせない	同左
家庭状況及び趣味 関心	家での生活趣味、知的関心が保持されている	同左、もしくは若干の障害	軽度の家庭生活の障害 複雑な家事は障害 高度の趣味・関心の喪失	単純な家事のみ 限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	同左	着衣、衛生管理など身の回りのことに介助が必要	着衣、衛生管理など身の回りのことに介助が必要	日常生活に十分な介護を要する しばしば失禁

運転中止のための介入

認知症にまるをした場合の本人、家族への説明

- ①法律で運転がダメになっていること、②診断書を出せば(4大認知症は)免許停止ではなく取消しとなること ③任意通報制度ができ、本人や家族がやめにくければ医師が都道府県公安委員会に通報できることを説明する。
- 自主返納制度を案内する、加害者にも被害者にもなりえることを説明する。
- 運転をやめたらどのようなことに困りますかときいて、困りごとについて一緒に考えていく
- 本人を家族が説得するのが難しい様子であれば警察の生活安全課に相談することを勧める

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[®]

認知症高齢者の安全と安心のために

【第二版】

執筆代表者

国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部 部長
荒井 由美子

作成

平成19・21年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討」
（H19-認知症-一般-025）研究班（研究代表者 荒井由美子）
平成27年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究費研究事業）
「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者の認知支援マニュアル[®]」
を用いた実証への情報提供に関する研究
（H27-特別-指定-022）研究班（主任研究者 荒井由美子）

資料目的による、無断での複写・転載・データベース等への
取り込み、転送及び使用は禁じられています。
なお、本マニュアルの内容を引用する際には、必ず、出典を明記して下さい。

国立長寿医療センター 荒井由美子先生作成

[http://www.dgp2005.com/downloadpage.files/
manual_2nd160322.pdf](http://www.dgp2005.com/downloadpage.files/manual_2nd160322.pdf)

成年後見制度

類型	後見	保佐	補助
対象	精神上的の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者	精神上的の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分な者	精神上的の障害により事理を弁識する能力が不十分な者
鑑定の要否	必要 ※鑑定が実施されるのは全体の約1割		原則として診断書等で可
申立人	本人、配偶者、四親等内の親族、市町村長など ※本人の子もしくは兄弟姉妹からの申立てが全体の約5割		
申立時の本人の同意	不要		必要
同意(取消)権の範囲	日常生活に関する行為以外の行為	民法13条1項に定める行為	民法13条1項に定める行為の一部 ※本人の同意が必要
代理権の範囲	財産に関する法律行為についての包括的な代理権と財産管理権	申立ての範囲内で、家庭裁判所が定める特定の法律行為 ※本人の同意が必要	

制度をめぐる現状

課題

- 利用者が少なく、ほとんどが後見類型（約20万人）
- 鑑定省略が増えている
- 後見人の不正（約30億円）
- 被後見人の権利制限（公務員になれないなど）

成年後見制度利用促進法（利用促進計画）

- 診断書の改正
- ネットワーク形成、中核機関の設置
- 医療に関する意思決定支援
- 利用者にとって役に立つ制度への転換

成年後見制度の流れ

1. 申立書等の提出(含 診断書)
2. 事情聴取(家庭裁判所)
3. 鑑定、本人調査、親族照会
4. 審理、審判
5. 審判確定
6. 後見登記
7. 財産目録等の提出

診断書 (成年後見制度用)

(表 面)

1 氏名	男・女
	年 月 日生 (歳)
住所	
2 医学的診断	
診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)	
所見 (現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)	
各種検査	
長谷川式認知症スケール	(<input type="checkbox"/> 点 (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可)
MMS E	(<input type="checkbox"/> 点 (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可)
脳の萎縮または損傷の有無	
<input type="checkbox"/> あり ⇒ (<input type="checkbox"/> 部分的にみられる <input type="checkbox"/> 全体的にみられる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 未実施)	
<input type="checkbox"/> なし	
知能検査	
その他	
短期間に回復する可能性	
<input type="checkbox"/> 回復する可能性は高い <input type="checkbox"/> 回復する可能性は低い <input type="checkbox"/> 分からない (特記事項)	
3 判断能力についての意見	
<input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる。	
<input type="checkbox"/> 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。	
<input type="checkbox"/> 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。	
<input type="checkbox"/> 支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。	
(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば、記載してください。	



裏面に続く

(裏 面)

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

あり ⇒ (まれに障害がみられる 障害がみられるときが多い 障害が高度)

なし

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

あり ⇒ (意思疎通ができないときもある 意思疎通ができないときが多い)

意思疎通ができない

なし

(3) 理解力・判断力の障害の有無

あり ⇒ (問題はあるが程度は軽い 問題があり程度は重い 問題が顕著)

なし

(4) 記憶力の障害の有無

あり ⇒ (問題はあるが程度は軽い 問題があり程度は重い 問題が顕著)

なし

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を 受けた 受けなかった
(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

※ 診断書の発着例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/kouken/>) からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に対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シートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します(事実によって医師による鑑定を実施することがあります。)

成年後見制度における判断能力

最高裁判所手引き

3 判断能力についての意見

○ 裁判所が本人の判断能力を判断するための参考となる意見を記載してください。なお、チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や、更なる検査等が必要と考えられるなど慎重な検討を要する事情等がある場合には、意見欄にその事情や理由についての意見を記載してください。

○ 当欄は、申立人が裁判所にどのような申立てをするのかの参考とすることが想定されており、一般的には、以下のとおりの対応関係にあります（※申立てを受けた後、裁判官が診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき本人の判断能力を判断しますが、事案によっては医師による鑑定を実施することがあります。）。

・「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある」→ 補助類型の申立て

・「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 保佐類型の申立て

・「支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 後見類型の申立て

※ なお、「契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる」ときは、一般的には十分な判断能力があり、後見制度の利用の必要はないものと見込まれます。

○ チェックボックス中の「契約等」とは、一般に契約書を必要とするような重要な財産行為（不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）を想定しています。また、「支援」とは、家族等の身近な人によって提供されることが期待される適切な援助行為を想定しており、具体的には、契約等の場面で家族等が本人の反応や理解の程度を踏まえて、本人に分かりやすい言葉で説明をすることなどを想定しています。本人に対して現実に提供されている援助行為の有無、内容等について調査していただく必要はありません。