

2019年度
地域包括診療加算・地域包括診療料に係る
かかりつけ医研修会

2. 認知症

医療法人 ゆう心と体のクリニック

院長 瀬戸裕司

我が国の高齢者人口の状況

2025年問題

すべての団塊の世代が75歳を超える年

75歳以上人口比率

2015年	13.0%
2018年	13.8 %
2025年	18.1%

65歳以上人口比率

2015年	26.8%
2018年	27.7 %
2025年	30.3%

様々なデータ

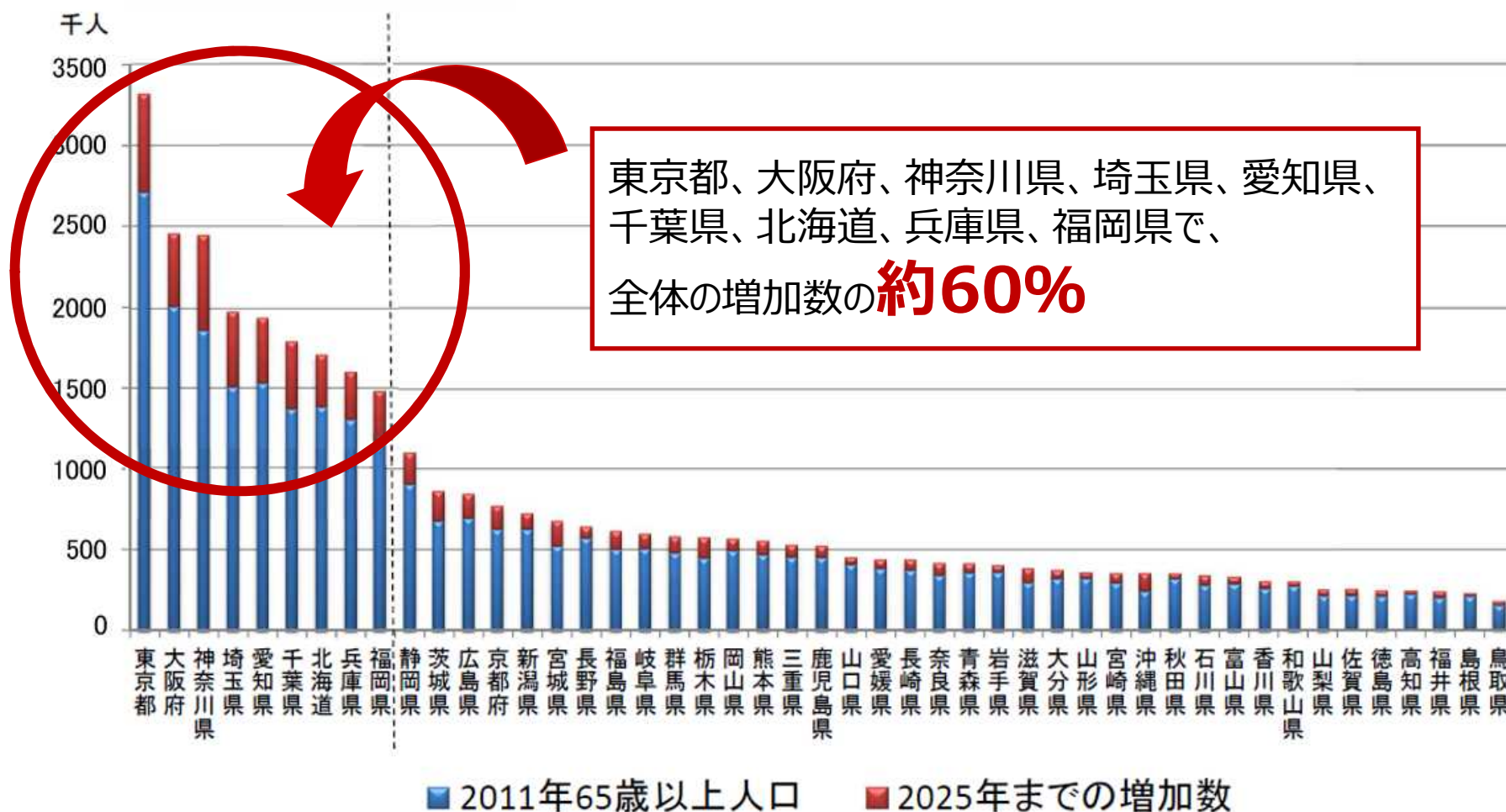
- 我が国の総人口は、2017.10.1現在、1億2,671万人となっている
- その内、65歳以上の高齢者人口は3,515万人（男1,526万人、女1,989万人）
- 高齢化率は、27. 7%（総務省推計では2018.9.15時点で、28. 1%）
- 2025年には、高齢化率が30%を超えると予測されている
- 高齢者人口の約15%が認知症で、2025年には約20%を超えると予想
- 認知症の有病率は年齢が5歳高まるとほぼ倍増する
- 認知症の50～92%に様々な周辺症状(BPSD)が起こる
- 高齢者人口の13%は軽度認知障害 《認知症前駆状態、予防の対象》
- 毎年、軽度認知障害の10～12%が認知症を発症する
- 認知症の疑いは本人自身が最初にわかる
- しかし、身内も含め誰かに相談するケースは50%程度
- 医療機関に受診する人は、未だ10%程度にすぎないという報告もある
- 高齢者単独世帯・夫婦世帯の増加
《2025年には合わせて、全世帯の66. 6%と推計される》

*「平成30年版高齢社会白書 第1節 高齢化の状況」より

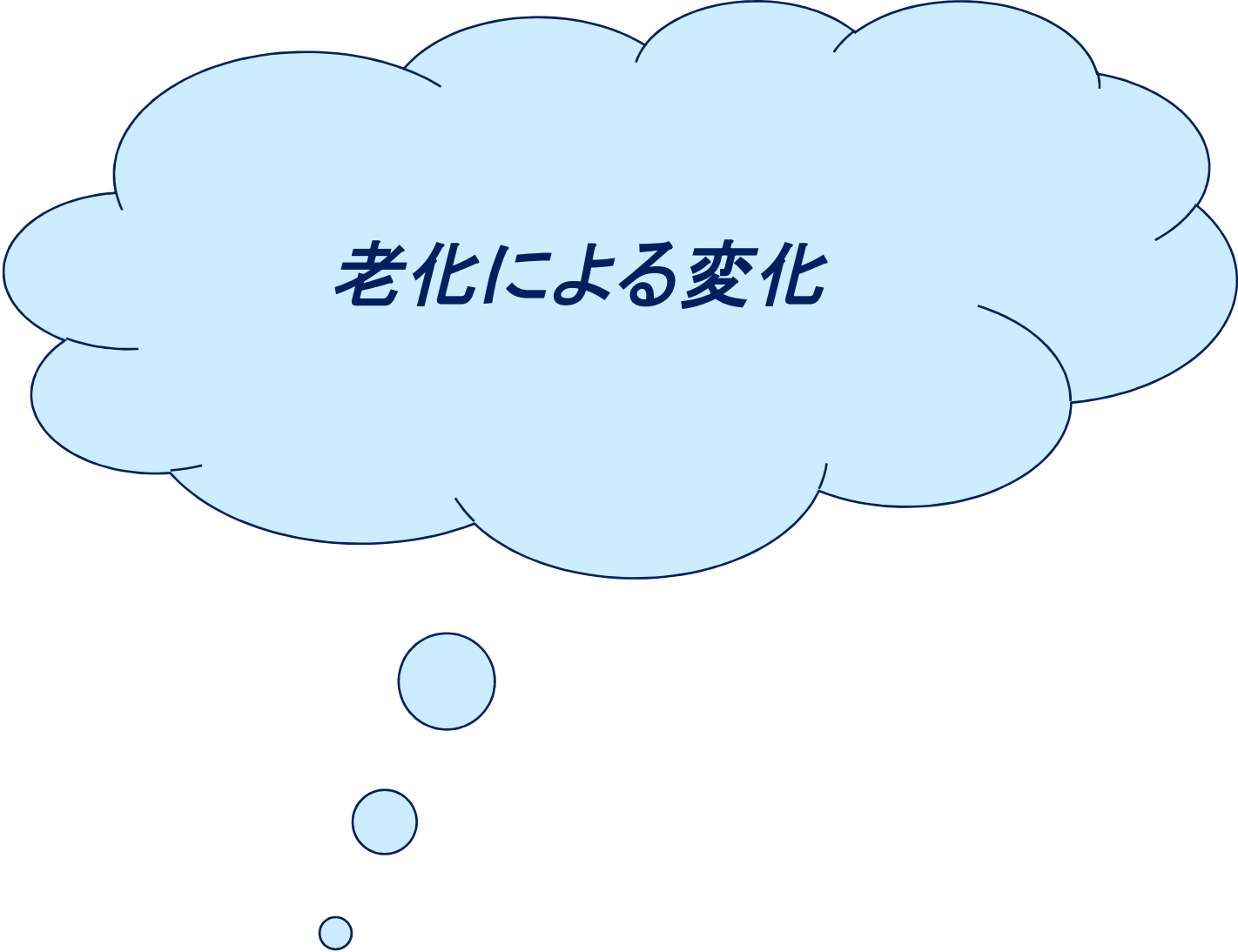
「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症__瀬戸裕司

都道府県別高齢者数の増加状況 (2011年→2025年)

高齢者人口は今後、首都圏など都市部で増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が要求される。



出典：総務省統計局「人口推計(平成23年10月1日現在)」 国立社会保障・人口問題研究所(日本の将来推計人口(平成24年1月推計)中位推計)
「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症__瀬戸裕司



老化による変化

高齢者の生理的・身体的特徴

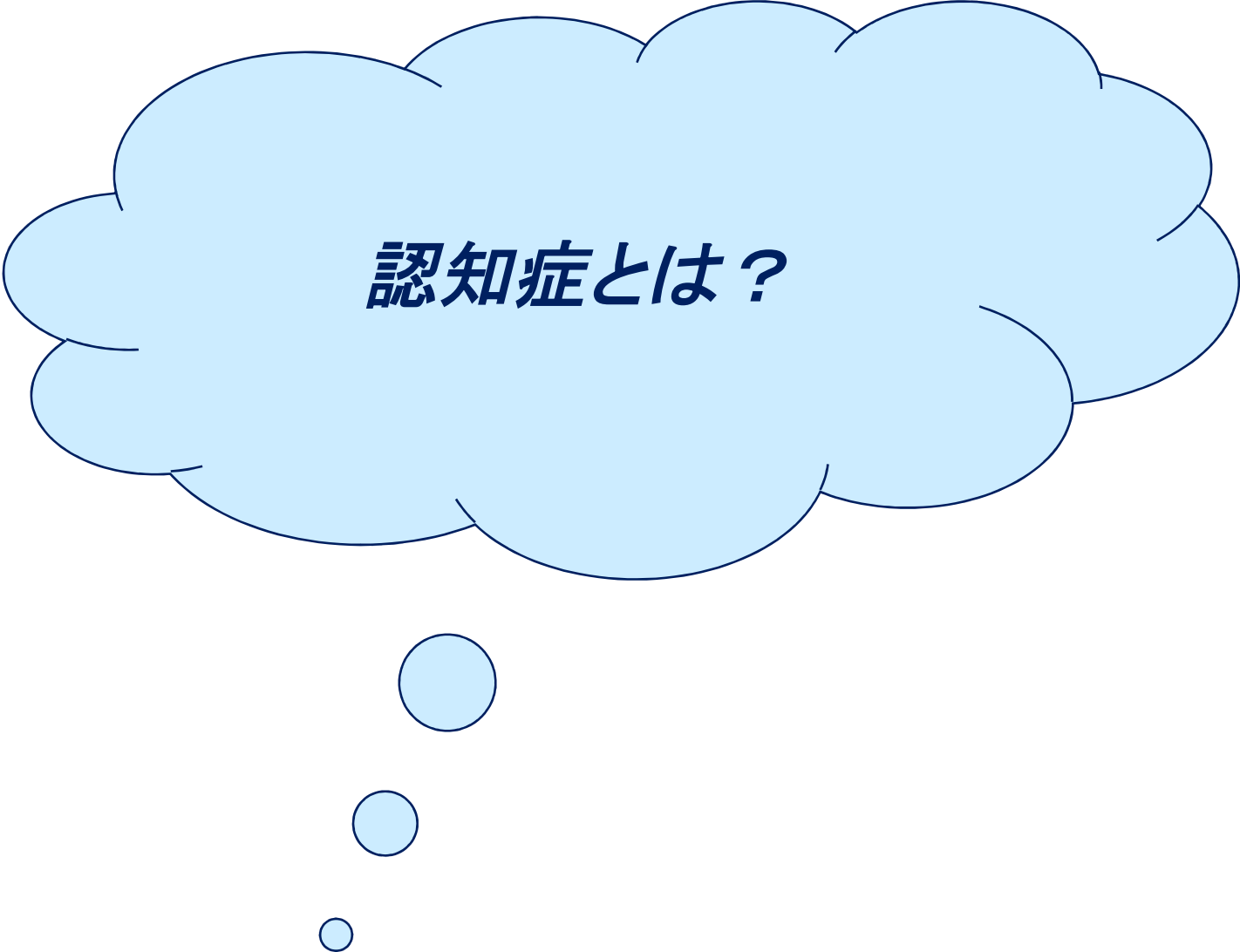
- 加齢に伴い様々な機能低下や障害を生じる
- 変化の起こり方は、個人により大きく異なる
- 疾患の症状が顕著に現れないことが多い
- 疾患の症状にも個人差がとても大きい
- 諸機能が右肩下がりに直線的に低下はしない
- 意識障害や脱水症を起こしやすい
- 薬の効果発現に時間がかかる
- 老化に伴って起こる病態を「老年症候群」という

老年期(高齢期)の心理特性

- **喪失体験** : 老いるとは、根底に底知れぬ深い漠然とした不安や予期不安を常に抱いている状況にある。嫌な思い、辛い思い、恥をかく、失敗する・・・等は無意識に本能的に避ける。よって過敏・苛立ちを秘めている。
- **性格特性の尖鋭化** : 元々の性格・気質が、加齢とともにより強く、前面に出てくる。

情意や性格の変化

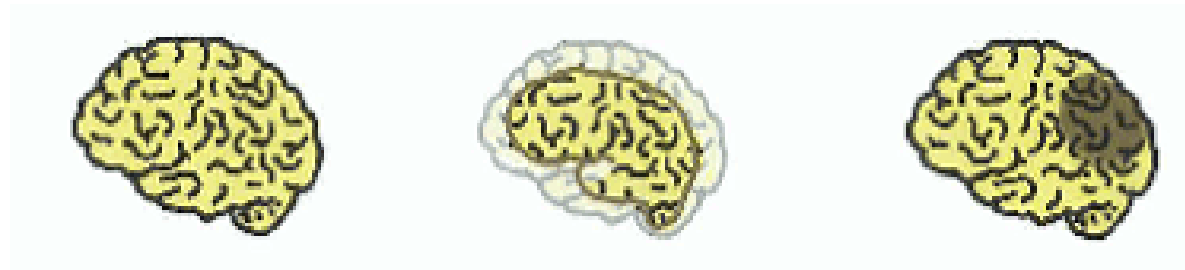
- 保守性、義理堅さ、諦め、活動性減退などが多くの高齢者にみられる。
- 頑固、利己的、人に対してきびしく、愚痴っぽさ、疑い深さ、心氣的、短気などの抑制力低下に伴うものもある。
- 元々の性格がより強く、尖鋭化するのが特徴。
- これらの性格変化にみられる共通性として
 - ①男性の女性化、女性の男性化 ②感情興奮性の低下 ③感情弾力性の低下
 - ④抑うつ傾向の増大 ⑤実用的、实际的傾向の強化・・・等がある。



認知症とは？

認知症とは？

一度、正常に発達した知的機能が、脳の後天的な器質的変性により生ずる症候群であり、持続的な認知機能の低下、記憶力の低下、思考・見当識・理解・学習など様々な大脳皮質機能の障害をきたし、そして日常生活に支障をきたす状態になる「器質性疾患」である



健康な脳

脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する（アルツハイマー病などの変性疾患）

血管が詰まって一部の細胞が死ぬ（血管性認知症）

全国キャラバン・メイト連絡協議会作成「認知症サポーター養成講座教材」より引用

認知症施策推進大綱の骨子

基本的な考え方

- 認知症になっても地域で安心して暮らしやすい社会を目指す「共生」と、認知症の発症や進行を遅らせることを「予防」と定義し、「車の両輪」と位置づけて、認知症施策を推進する
- 運動不足の改善や社会参加などの取組を進めた結果として、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す

認知症施策推進大綱の骨子

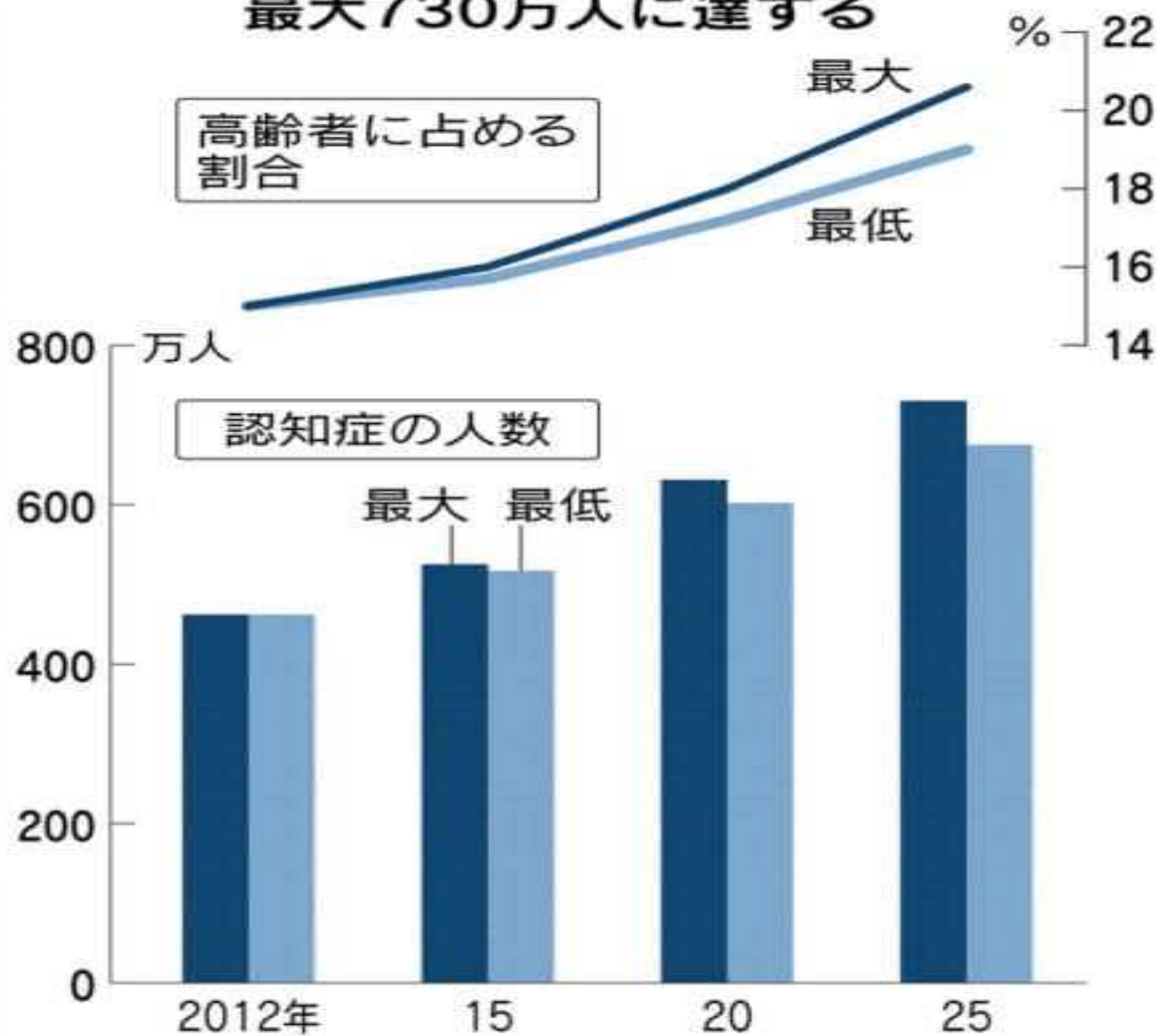
共 生

- 「認知症本人大使」を創設し、当事者の発言の機会を増やす
- 「認知症バリアフリー」のまちづくりへ、車に代わる交通手段や住宅の確保を進める
- 鉄道、バスなど公共交通事業者に認知症の人への対応計画の作成、報告を義務付ける
- 成年後見制度の利用促進、中核機関を全市区町村に設置する

予 防

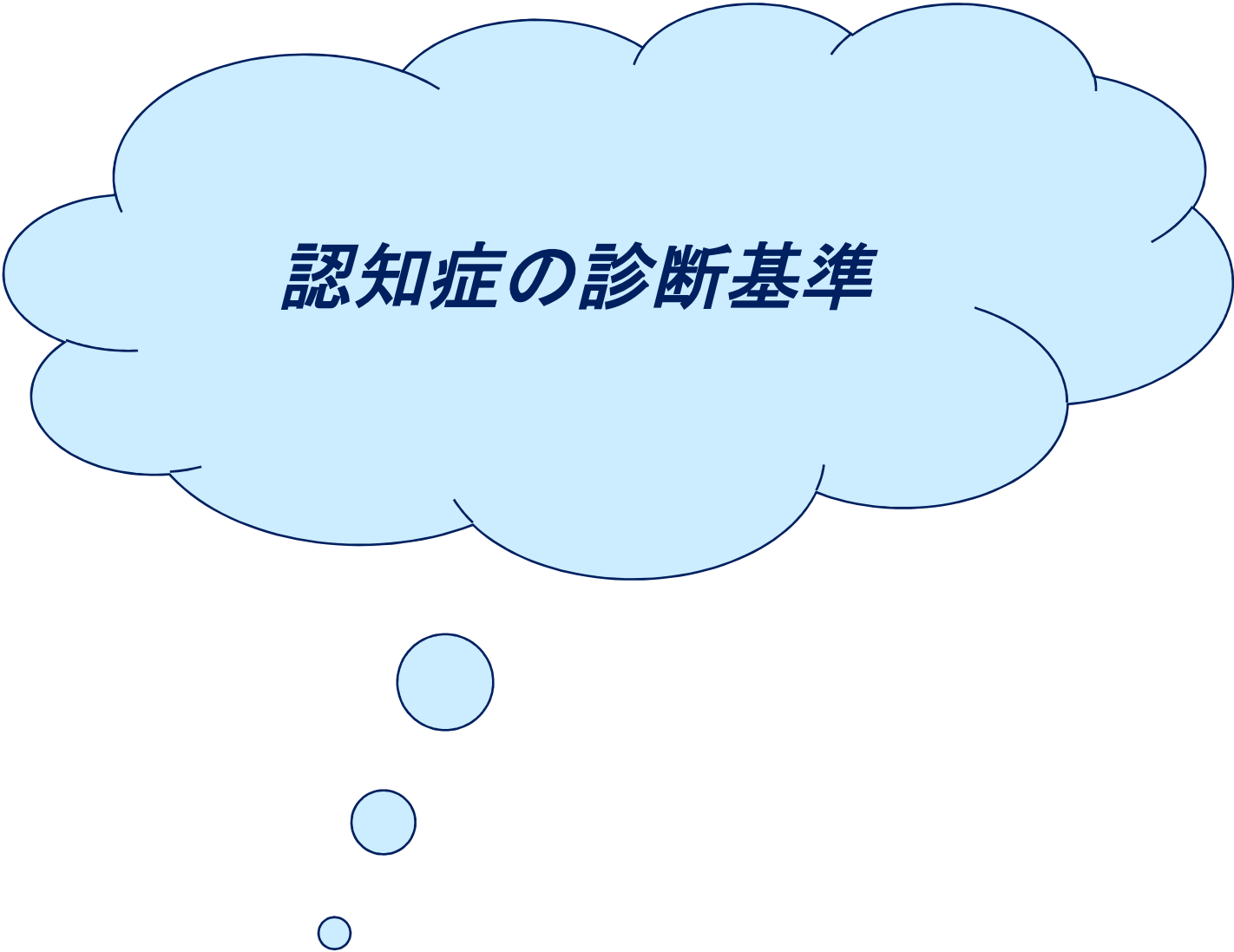
- 「認知症になるのを遅らせる」、「進行を緩やかにする」と新たに定義付けた
- かかりつけ医らによる健康相談、認知症の早期発見・早期対応を推進
- 予防に関するエビデンスを収集、エビデンスを整理した手引きを作成
- 公民館など高齢者の「通いの場」を拡充し、参加率を8%に増やす

認知症の人は2025年に 最大730万人に達する



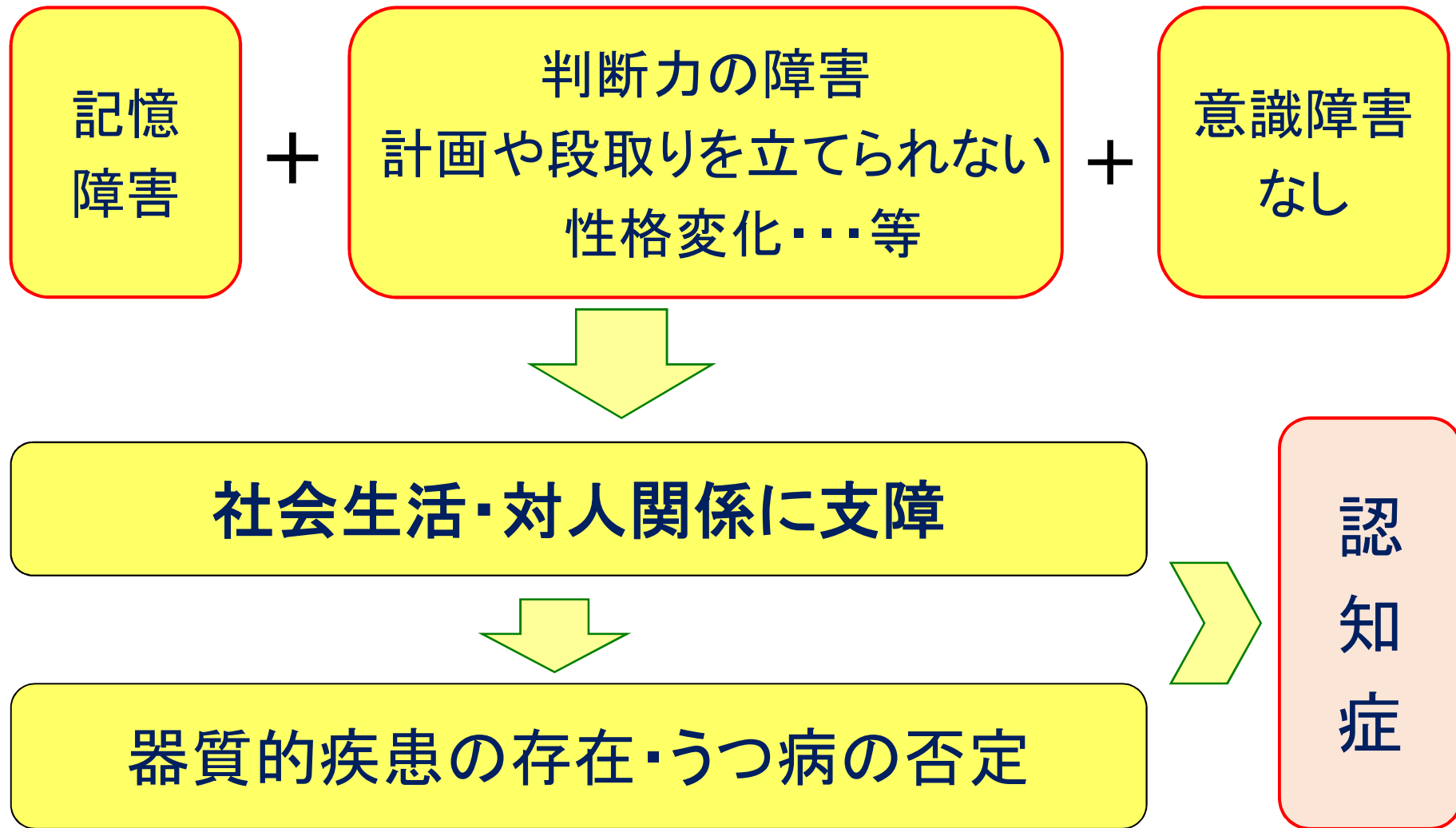
(注) 最低値の推計は有病率が2012年から一定と仮定。
最大値の推計は有病率が上がると仮定

(出所) 九州大学



認知症の診断基準

DSM-III-Rの認知症診断基準の考え方



American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed(DSM-III-R)

DSM-5の認知症診断基準の要約

- 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懸念、および
 - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、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）

「認知症疾患診療ガイドライン」作成合同委員会：「認知症疾患診療ガイドライン2017」

ICD-10による認知症診断基準の要約

G1. 以下の各項目を示す証拠が存在する。

(1) 記憶力の低下

新しい事象に関する著しい記憶力の減退。重症の例では過去に学習した情報の想起も障害され、記憶力の低下は客観的に確認されるべきである。

(2) 認知能力の低下

判断と思考に関する能力の低下や情報処理全般の悪化であり、従来の実行能力水準からの低下を確認する。

(1)(2)により、日常生活動作や遂行機能に支障をきたす。

G2. 周囲に対する認識(すなわち、意識混濁がないこと)が、基準G1の症例をはっきりと証明するのに十分な期間、保たれていること。
せん妄のエピソードが重なっている場合には認知症の診断は保留。

G3. 次の1項目以上を認める。

(1) 情緒易変性 (2) 易刺激性 (3) 無感情 (4) 社会的行動の粗雑化

G4. 基準G1の症状が明らかに6か月以上存在していて確定診断される。

NIA-AAによる認知症診断基準の要約

1. 仕事や日常生活の障害
2. 以前の水準より遂行機能が低下
3. せん妄や精神疾患ではない
4. 病歴と検査による認知機能障害の存在
 - 1) 患者あるいは情報提供者からの病歴
 - 2) 精神機能評価あるいは精神心理検査
5. 以下の2領域以上の認知機能や行動の障害
 - a. 記銘記憶障害
 - b. 論理的思考、遂行機能、判断力の低下
 - c. 視空間認知障害
 - d. 言語機能障害
 - e. 人格、行動、態度の変化

「認知症疾患診療ガイドライン」作成合同委員会:「認知症疾患診療ガイドライン2017」

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症__瀬戸裕司

記憶とは？

1. 記銘（憶える）
2. 保持（忘れないよう記録）
3. 再生・再認（必要時に取り出す。情報を思い出す）

…そして…

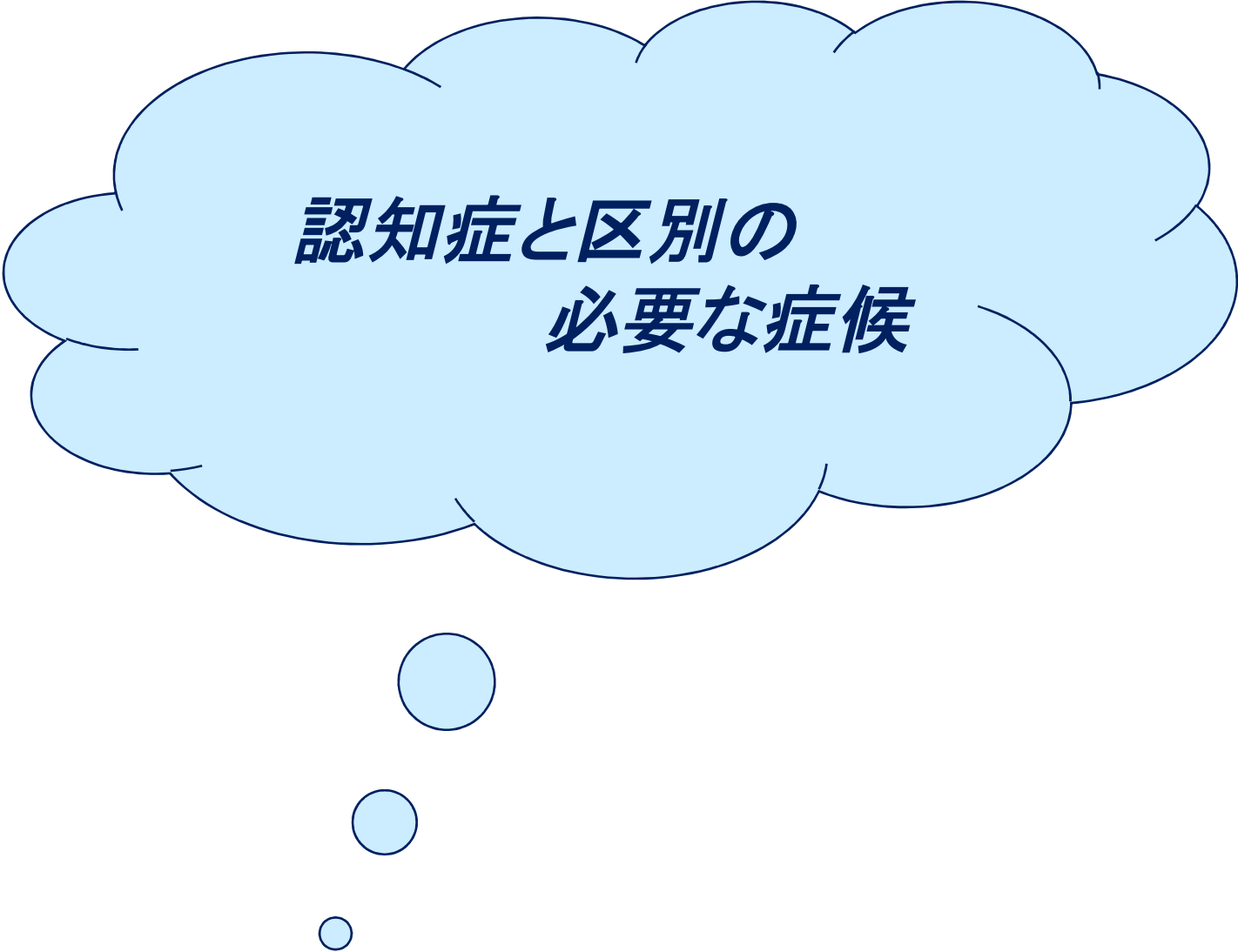
4. 忘却（憶えていたことが想起できなくなる）

これらがスムーズに流れることをいい、大脳辺縁系海馬で司られる

認知症の記憶障害は、まず記銘障害から認められ、次第に全記憶障害となっていく

「日常生活に支障が生じる程度」をみるポイント

- 記憶障害の程度は、2～3年前ならきちんとやれていた日常生活の活動ができなくなるほどか？
- 家の近所より遠い所で、迷ったり帰れなくなったりしたことがあるか？
- お金の取り扱いがきちんとできるか？ おつりの管理ができなくなったりしないか？
- 同じものを二重に買ったり、あるものを買ったり、必要なものを買って忘れることは？
- 複雑な家事、趣味の活動が続けてできているか？
- 着衣、整容、トイレ、食事などのセルフケアが自立しているか？



認知症と区別の 必要な症候

健康な高齢者の加齢に伴うものの忘れと認知症のものの忘れ

加齢に伴うものの忘れ	認知症のものの忘れ
体験の一部分を忘れる・語健忘 (ヒントがあれば思い出せる)	体験したことの全体を忘れる (ヒントがあっても思い出せない)
記憶障害のみがみられる 判断力の低下は認めない	記憶障害に加えて判断の障害 や実行機能障害がある
ものの忘れ(忘れっぽさ)を自覚している	ものの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	様々な見当識障害がみられる
作話症状はみられない	しばしば作話症状がみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
極めて徐々にしか進行しない	進行性であり、悪化する

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

うつ病(仮性認知症)と認知症の識別

	うつ病	認知症
発症	発症が急性・週か月単位で発症	発症が緩徐で潜伏性
症状の持続	症状の持続が短期・急に進む	症状の持続が長期・ゆっくり
症状の経過	固定的な抑うつ感情や意欲欠如、状況によってもあまり変化せず	感情と行動が変動する、動揺・暗示によって変化しやすい
質問の答え	否定的で、「わからない」という答えや面倒がる	辻褄あわせ、誤った答え、はぐらかしたり怒ったりする
自分の能力評価	自分の能力の低下を慨嘆する	自分の能力の低下を隠す
認知機能障害 (記憶障害)	認知機能の障害が大きく変動する 最近の記憶と昔の記憶に差がない	認知機能の障害が一定している。最近の記憶障害が主
症状の日内変動	朝から午前中にかけて不調。午後から夕方にかけて改善する傾向	症状自体に特に著しい変動はなし
自殺傾向	希死年慮を含め、しばしば	認知症症状としては少ない
思考内容	自責的、自罰的、悲観的、自己卑下	他罰的傾向が多い

高齢期のうつ病の特徴

- ゆうつ感より、物事に興味がなくなったり、意欲低下などが出やすい
- 何より、体の症状が目立つのが特徴、腹痛・頭痛・関節痛・食欲不振・睡眠障害・全身倦怠などの症状があり、あまり気分の落ち込みが目立たないことも多い
- 注意力が散漫になり、集中力が低下して、物事がよく理解できなくなったり、記憶力が低下して物忘れがひどくなったりすること多い
- 不安・焦燥感が強く現れ、落ち着きのないタイプや、心気妄想、貧困妄想、罪業妄想などを抱きやすい傾向もある
- 自殺率が高い
- 意識障害を伴うことがしばしばある

うつ病と認知症の関係

- 1 独立した疾患としてのうつ病 ▶ 認知症との鑑別が問題に



- 2 認知症に先行するうつ状態 (DLBで時にみられる) ▶ 今後 認知症が出てくるかもしれない



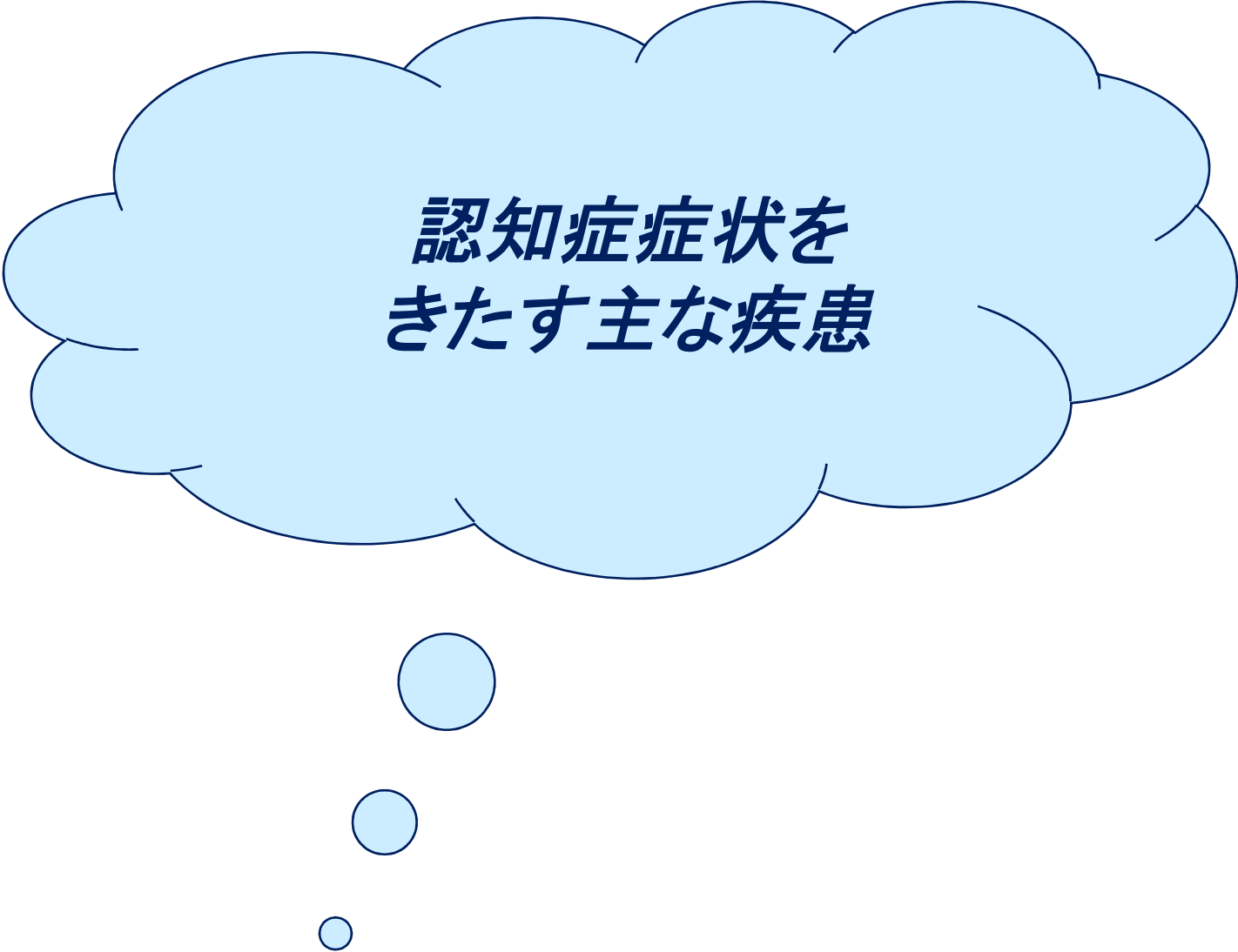
- 3 認知症の症状としてのうつ状態 ▶ 今 認知症があるかもしれない



国立長寿医療研究センター作成 認知症サポート医養成研修スライドより

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激に、突然起こる	発症が緩徐で潜伏性
症状の日内変動	あり、夜間や夕方に悪化	著しいものはなく、変化に乏しい
初発症状	幻覚、妄想、興奮、不穏	記銘力低下
症状の持続	数時間 ～ 1週間	永続的
知的能力	動揺性・変動性	変化あり
身体疾患の有無	あることが多い	ときにあり
環境状況の関与	関与することが多い	関与ない
意識状態	軽度低下、混濁傾向	意識状態に変化なし
睡眠覚醒リズム	夜間不眠・昼夜逆転など多い	障害されないことも多い



認知症症状を きたす主な疾患

主要な認知症

代表的な認知症

- アルツハイマー型認知症
- 脳血管性認知症
- レビー小体型認知症（DLB）
- 前頭側頭型認知症（ピック病など）
- その他の認知症（クロイツフェルト・ヤコブ病など）

可逆性の疾患

- 甲状腺機能低下症
- 慢性硬膜下血腫
- 正常圧水頭症
- 高次脳機能障害
- ビタミン欠乏症
- 慢性閉塞性肺疾患
- うつ病・抑うつ状態

アルツハイマー型認知症(AD)

初老期もしくは高齢期に発症し、進行性の認知症症状を主症状とする原因不明の脳萎縮性疾患。認知症全体の60～80%を占める。中核的な症候は近時記憶障害であり、日々のエピソード記憶障害が特徴的である。女性に多く、遺伝的因子もある程度関与している。2型糖尿病は、発症リスクを2倍に高める。

脳血管性認知症(VaD)

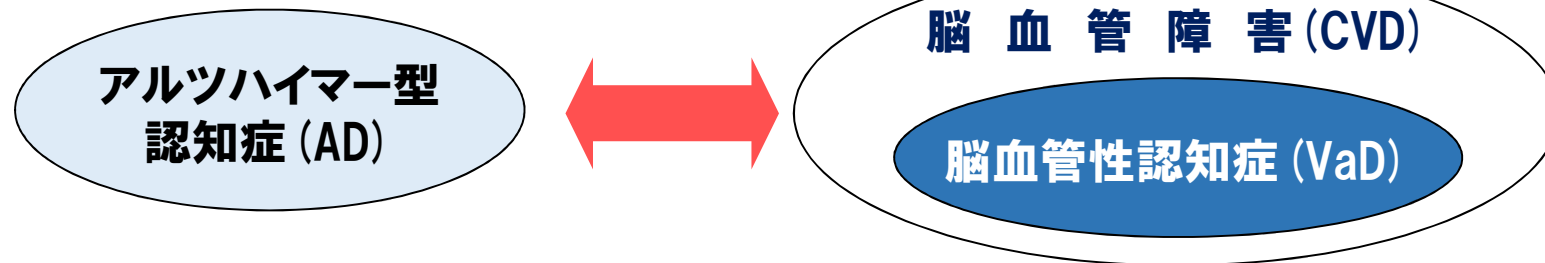
脳動脈硬化によって起こる脳梗塞、脳出血などによって起こる認知症。運動障害、失語、嚥下障害などから始まることが多い。急激な発症と段階的増悪、動揺性経過をたどりやすい。

脳の血管障害が原因で起こる脳血管障害の30～40%が認知症を合併するといわれている。

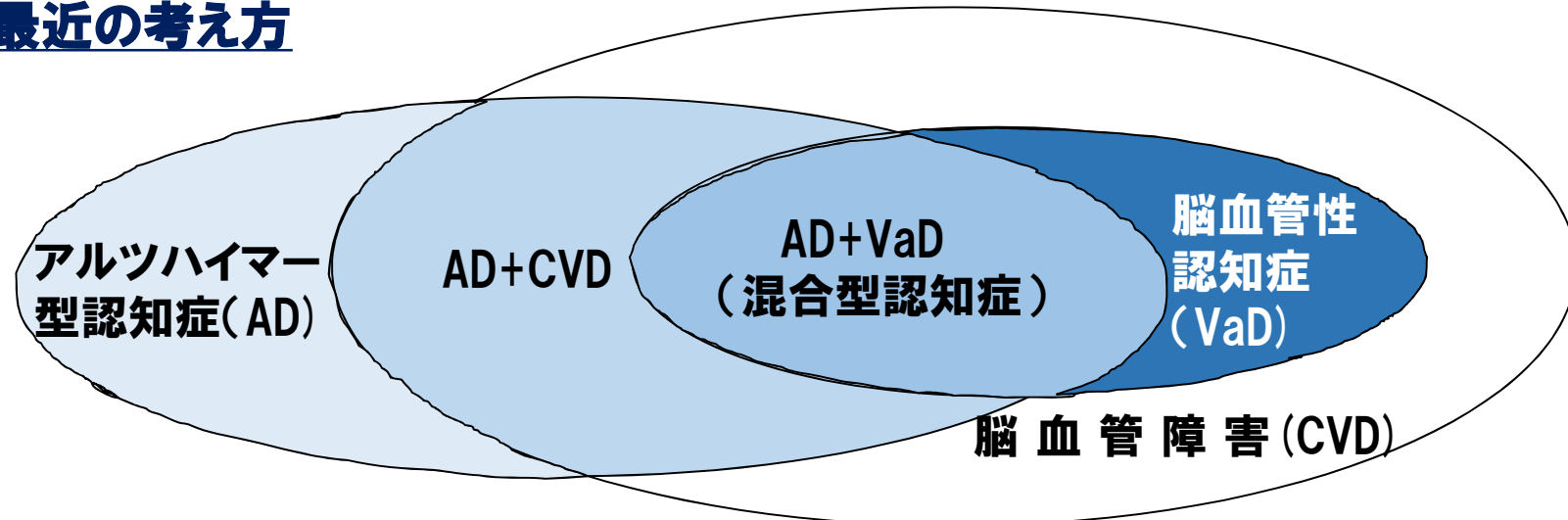
脳血管性認知症の考え方について

従前の考え方

脳卒中の既往、画像で脳梗塞、運動麻痺や構音障害が存在、無症候性脳梗塞であっても画像を指摘されれば、



最近の考え方



レビー小体型認知症「DLB」とは

- 中枢神経系に多数のレビー小体の出現
- 欧米では変性性認知症疾患でADの次に多い
- 我が国で最初に発見・報告をした
- 主症状・特徴は、
 1. 進行性の皮質性認知症
 2. 早期よりのパーキンソン症状
 3. 生々しい幻視
 4. 認知機能の動揺・変動
 5. 非現実的妄想
 6. 重篤な抗精神病薬への過敏性
 7. レム睡眠時の異常行動
 8. うつ状態

レビー小体型認知症の診断基準①

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在

初期は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。
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。

2. 以下の3項目の中核症状のうちprobable DLBでは2項目、 possible DLBでは1項目が認められること。

- 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) パーキンソニズムの出現

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠時行動異常
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核でのドパミントランスポータの減少

4. DLBの診断を支持する症状

- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG心筋シンチの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

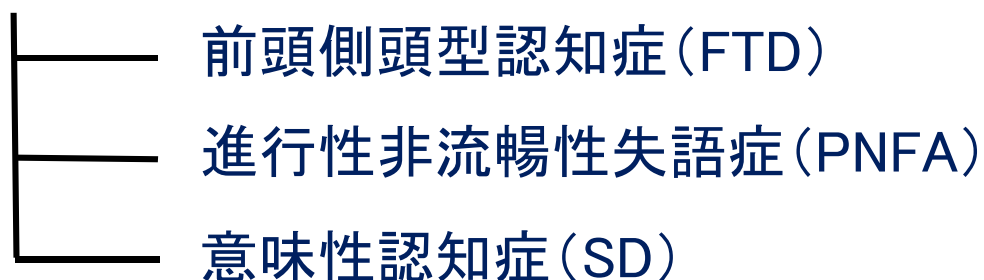
McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症__瀬戸裕司

前頭側頭葉変性症 (FTLD)

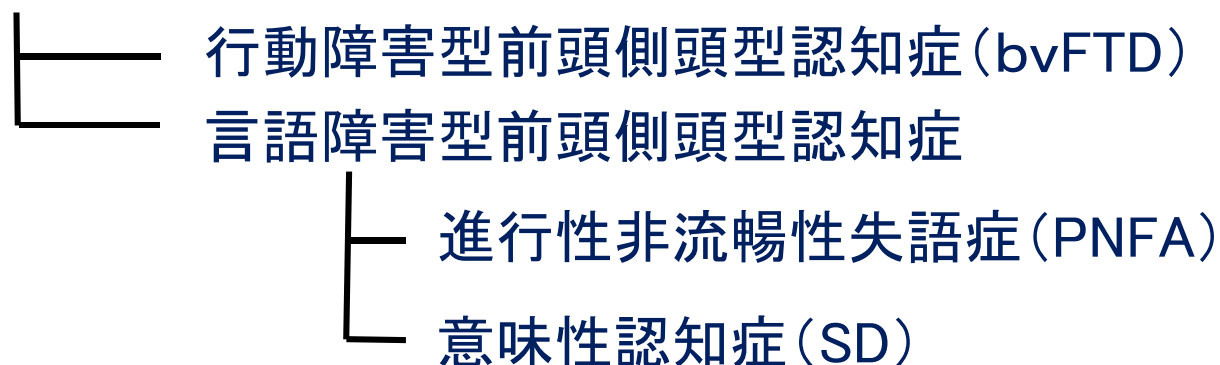
従前よりの分類

前頭側頭葉変性症 (FTLD)



新分類 (2011)

前頭側頭型認知症 (FTD)



前頭側頭型認知症の特徴

臨床的特徴

初老期に起こり、一部は家族性を示す

ADとの比は10分の1以下

臨床症候群であり、進行性の前頭・側頭葉変性を示す

臨床症状

高度の性格変化、社会性の喪失、注意、抽象性、計画、判断等の能力低下が特徴。言語面では会話が少なくなり、末期には緘黙となる

記憶、計算、空間的見当識は比較的保たれる

画像では病理の萎縮部位に対応する選択的な前頭葉・側頭葉の異常が描出される

代表的な認知症と特徴

	アルツハイマー型	脳血管障害型	レビー小体型	前頭側頭型
原因	老人斑や神経原線維変化が、海馬を中心に広範に出現し、神経細胞が死滅する	脳梗塞、脳出血などにより、脳神経細胞の損傷により起こる	レビー小体が、大脳皮質に出現することにより、脳神経細胞が損傷し起こる	原因不明であるが、脳内蓄積タンパク質が指摘されている
発症年齢	70歳以上に多い	50～60歳以上に多い	70歳以上に多い	若年発症が多い
男女比	女性に多い	男性に多い	男性がやや多い	明確なデータが無い
進行・経過	緩徐に発症、少しずつ確実に進行していく	階段状、良くなったり悪くなったりする、動揺性	ゆるやかに進行する事が多いが、急速な認知機能の変動が多い	発症・経過は緩やかであるが、早期から人格変化と行動障害が前景
身体的 症状 他の症状	あまりない	運動麻痺、歩行障害など	パーキンソニズムの出現、繰り返す転倒や失神、錐体外路徴候、睡眠時異常行動	反道徳的行為 会話減少⇒緘黙
人格変化	しばしば明らか(多幸、多弁)	比較的少ない (抑うつ、感情失禁)	比較的初期から人格変化や社会性欠如あり	高度の性格変化あり
病識	早い段階でなくなる	比較的進行しても自覚している人が多い	早い段階でなくなる	病識がない
認知機能	全般的に低下していく 近時記憶障害(エピソード障害)	一部の能力だけ低下する	初期には記憶障害が目立たず進行とともに明らかになる。変動が目立つ	記憶・計算・空間見当識障害等が前景化しないケースがある
MRI・CT	海馬を中心に脳萎縮 (脳室拡大・脳溝拡大)	大脳白質病変、病巣に低吸収域	はっきりとした脳萎縮がみられないことが多い	前頭葉・側頭葉を中心とした脳萎縮 (軽度なこともしばしば)
その他	・初期には取り繕いが特徴的 ・物盗られ妄想	・アパシー傾向 ・遂行機能障害	・MIBG心筋シンチで取り込み低下、ドパミントランスポーター取り込み低下 ・うつ状態・幻視、妄想	諸外国では遺伝性・家族性の発症が30～50%との報告例がある

軽度認知障害

MCI (mild cognitive impairment)

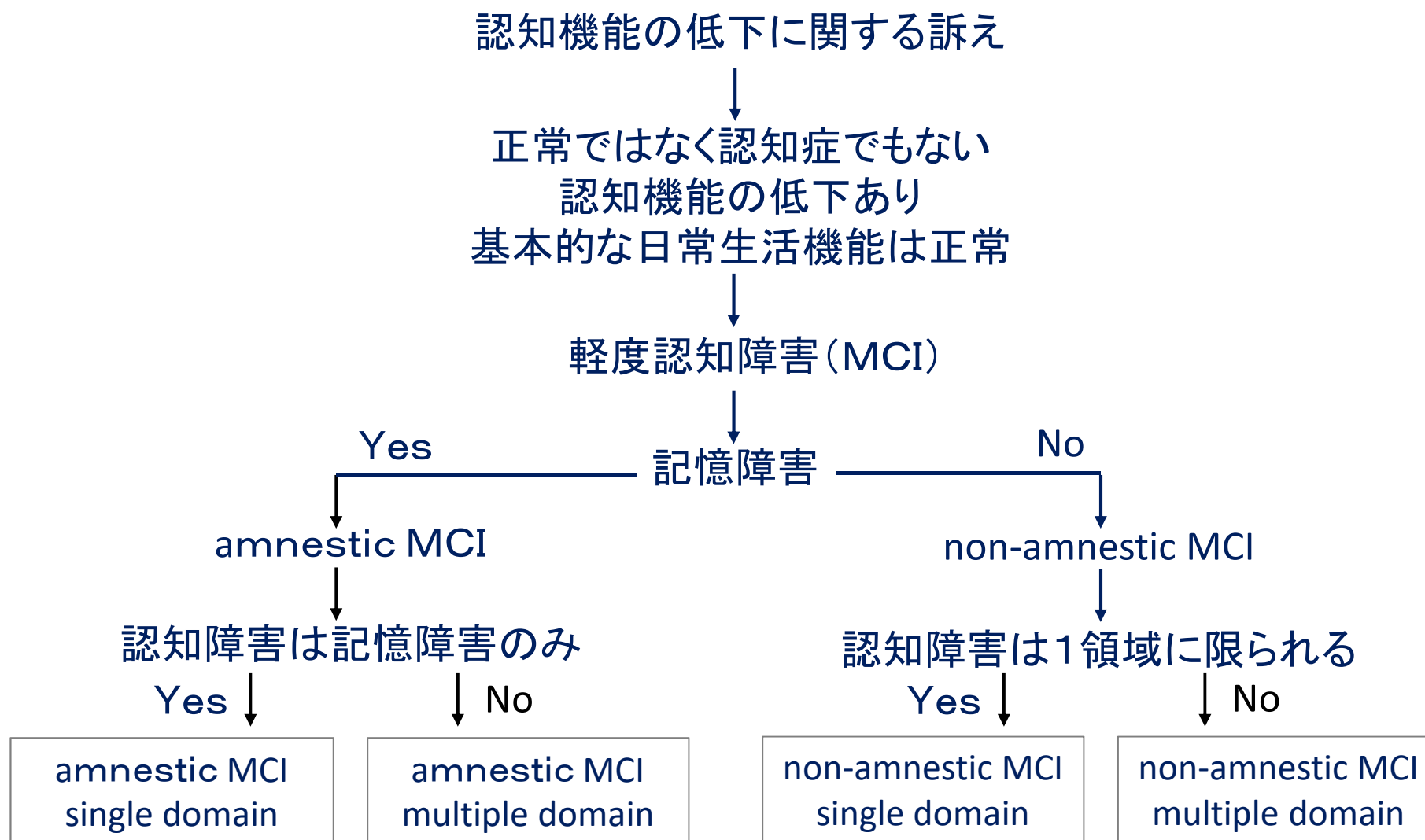
1. 記憶障害の訴えが本人、または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

(Petersen RC et al Arch Neurol 2001)

MCIに関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展していた。

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

軽度認知障害の分類



[Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. New Engl J Med. 2011 ; 364(23) : 2227-2234.]

ICD－10のmild cognitive disorder(MCD)診断基準

- 1) 2週間以上のほとんどの間、認知機能の障害が存在し、その障害は下記の領域におけるいずれかの障害による。
 - ①記憶(特に早期)、あるいは新たなことを覚えること
 - ②注意あるいは集中力
 - ③思考〔例)問題解決や抽象化における緩徐化〕
 - ④言語〔例)理解、喚語〕
 - ⑤視空間機能
- 2) 神経心理検査や精神状態検査などの定量化された認知評価において、遂行能力の異常あるいは低下が存在すること。
- 3) 認知症(F00-F03)、器質的健忘症候群(F04)、せん妄(F05)、脳炎後症候群(F07.1)、脳震盪後症候群(F07.2)、精神作用物質使用による他の持続性認知障害(F1x.74)ではないこと。

〔World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva : World Health Organization ; 1993.〕

NIA－AAによる診断基準(アルツハイマー病によるMCI)

- ・以前と比較して認知機能の低下がある。これは本人、情報提供者、熟練した臨床医のいずれかによって指摘されうる。
- ・記憶、遂行、注意、言語、視空間認知のうち1つ以上の認知機能領域における障害がある。
- ・日常生活動作は自立している。昔よりも時間を要したり、非効率であったり、間違いが多くなったりする場合もある。
- ・認知症ではない。
- ・可能な限り、血管性・外傷性または薬物誘起性の原因を除外する。
- ・縦断的な認知機能の変化がある。
- ・Alzheimer病に関連する遺伝子変異に一致する病歴がある。

〔荒井啓行. アルツハイマー病を背景にした軽度認知障害の診断: 米国国立老化研究所/アルツハイマー病協会合同作業グループからの提言. Cognition Dementia 2012 ; 11(3) : 19-27.〕

MCIの方やその家族への対応

- 病態に対してのしっかりとした教育、知識獲得を行う
- 経過フォローの重要性の理解を得る
- 必要以上に不安をかきたてないようにきちんと説明する
- MCIが全て認知症に移行するわけではない。半数近くは移行しないというデータがある
- コリンエステラーゼ阻害剤やメマンチン投与により認知症コンバートを防ぐというエビデンスはない
- しっかりと通院して慎重な経過観察が必要な状態である

我が国の認知症の現状

認知症の人の将来推計について

「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」

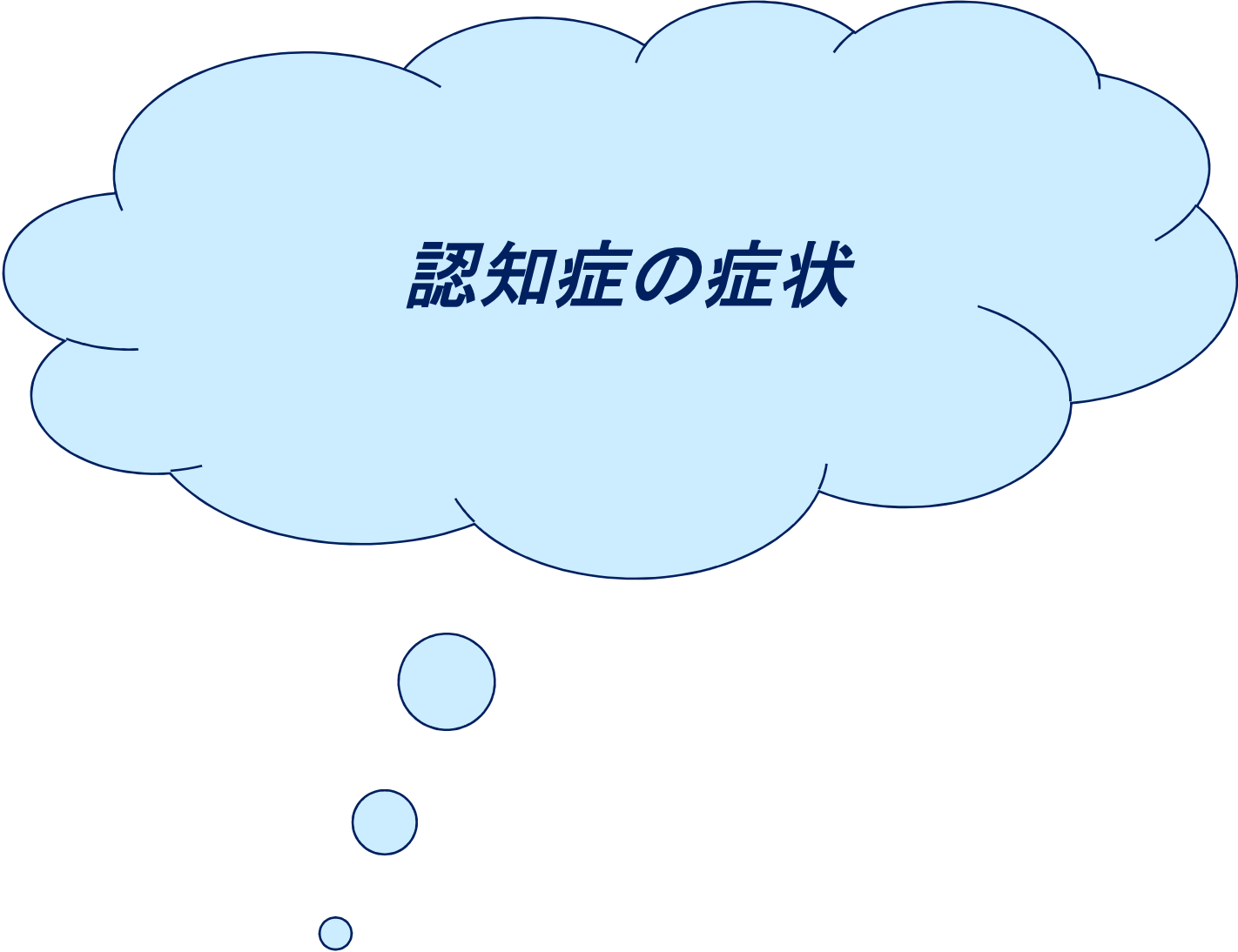
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

	2012年	2015年	2025年
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%)

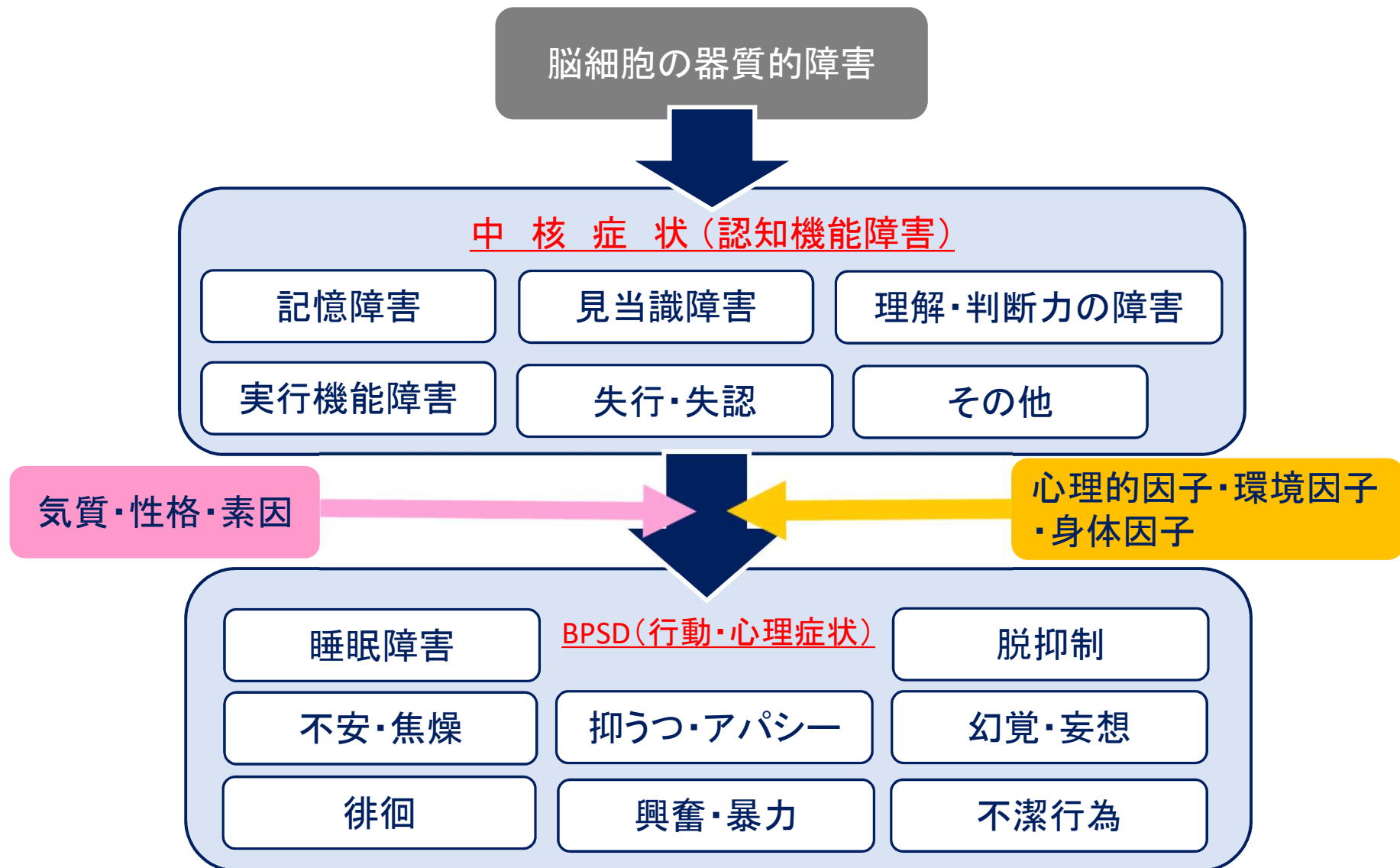
年齢別発生頻度

60～64歳	.. 1%	65～69歳	.. 2%
70～74歳	.. 4%	75～79歳	.. 8%
80～84歳	.. 16%	85歳～	.. 30～40%



認知症の症状

認知症の中核症状とBPSD(行動・心理症状)



全国キャラバン・メイト連絡協議会作成「認知症サポーター養成講座教材」より引用改変

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症__瀬戸裕司

FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど。
3. 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は困難。
4. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

臨床認知症評価尺度 (CDR : Clinical Dementia Rating)

	異常なし (CDR 0)	疑いあり (CDR 0.5)	軽度認知症 (CDR 1)	中等度認知症 (CDR 2)	重度認知症 (CDR 3)
記憶	障害なし ときに軽いもの忘れ	良性のもの忘れ もの忘れは物事の 一部についてのみ	中等度の障害 最近の事柄を忘れる 日常生活に支障	重度の障害 古い記憶のみ残る	重度の障害 断片的記憶のみ
見当識	障害なし	時間的關係に軽度の 困難があっても、生活 に障害なし	時間の見当識の不確 実さ 地誌的見当識障害	時間についての失見 当識 ときには場所的失見 当識	人物に対する見当 識が残るのみ
判断と 問題解決	問題なし	軽い障害が疑われる	複雑な問題の解決が 困難 社会的態度変わらず	簡単な問題の解決 ができない 社会的態度も変わる	判断力障害が著し く問題解決できない
社会での 活動	問題なし	買い物、職業、経済 的な事柄の軽い障害	独立した社会的行為 ができない	家の外での独立した行為は不可能	
家での 生活趣味	問題なし	ほとんど問題なし	軽度であるが明らか な障害 日常の家庭の仕事、 趣味に無関心	日常の簡単な行為 ができる程度	家の内でもまとまっ た行為はできない
身の回り	自分の面倒は自分でできる		ときに助け、声かけが 必要	着衣、便所など全般 的に介助を要する	全てに介助必要 しばしば失禁

(Hughesら 1982)

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

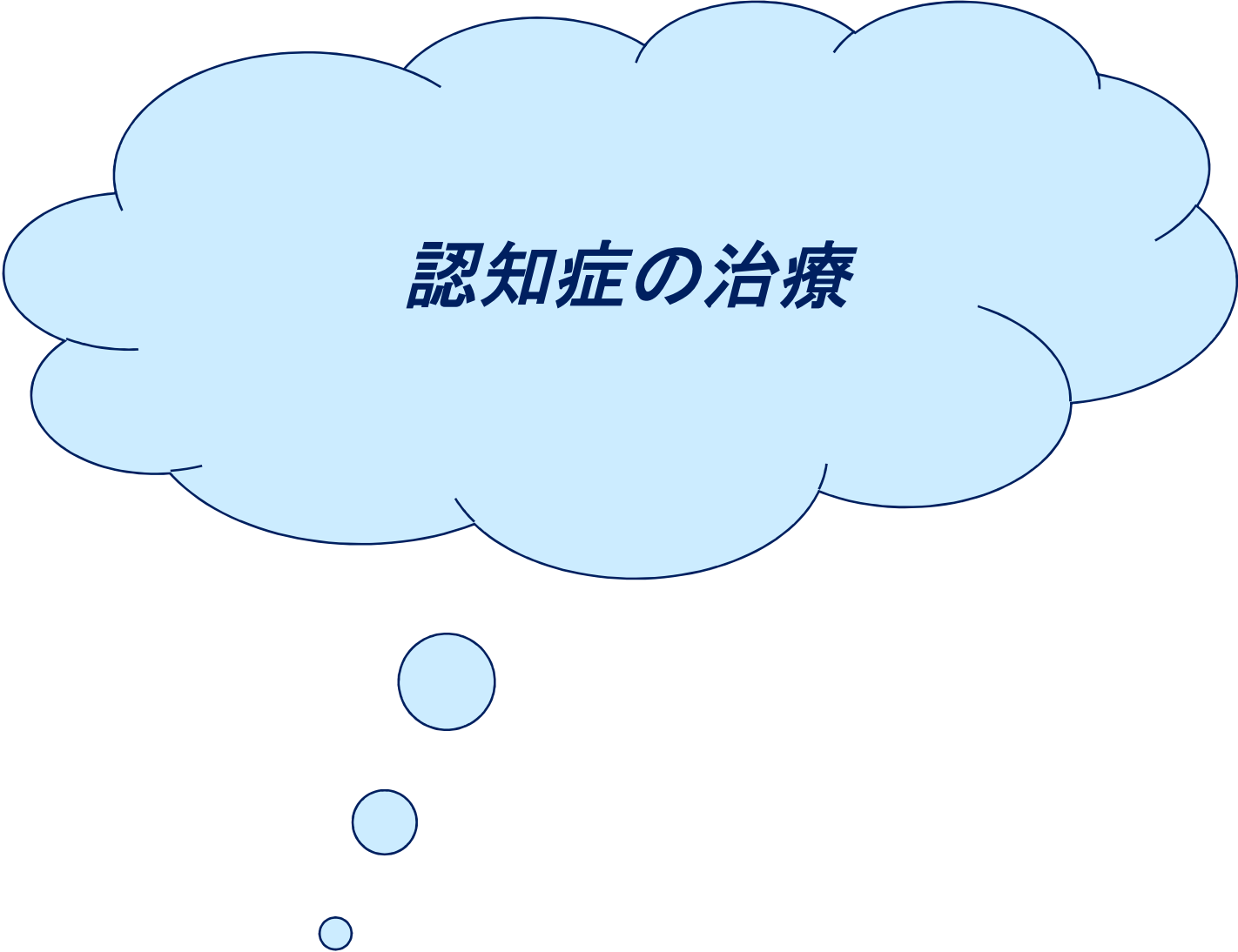
(n : 465)

- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった …74.6%
- 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) …52.9%
- 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった …46.7%
- クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった …29.5%
- 服薬がきちんとできなくなった …28.4%
- ふさぎこんで、何をするのも億劫がり、嫌がるようになった …26.5%
- 気候に合った服を選んで着ることができなくなった …19.6%
- 入浴しても洗髪は困難になった …13.5%

公益社団法人 認知症の人と家族の会「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

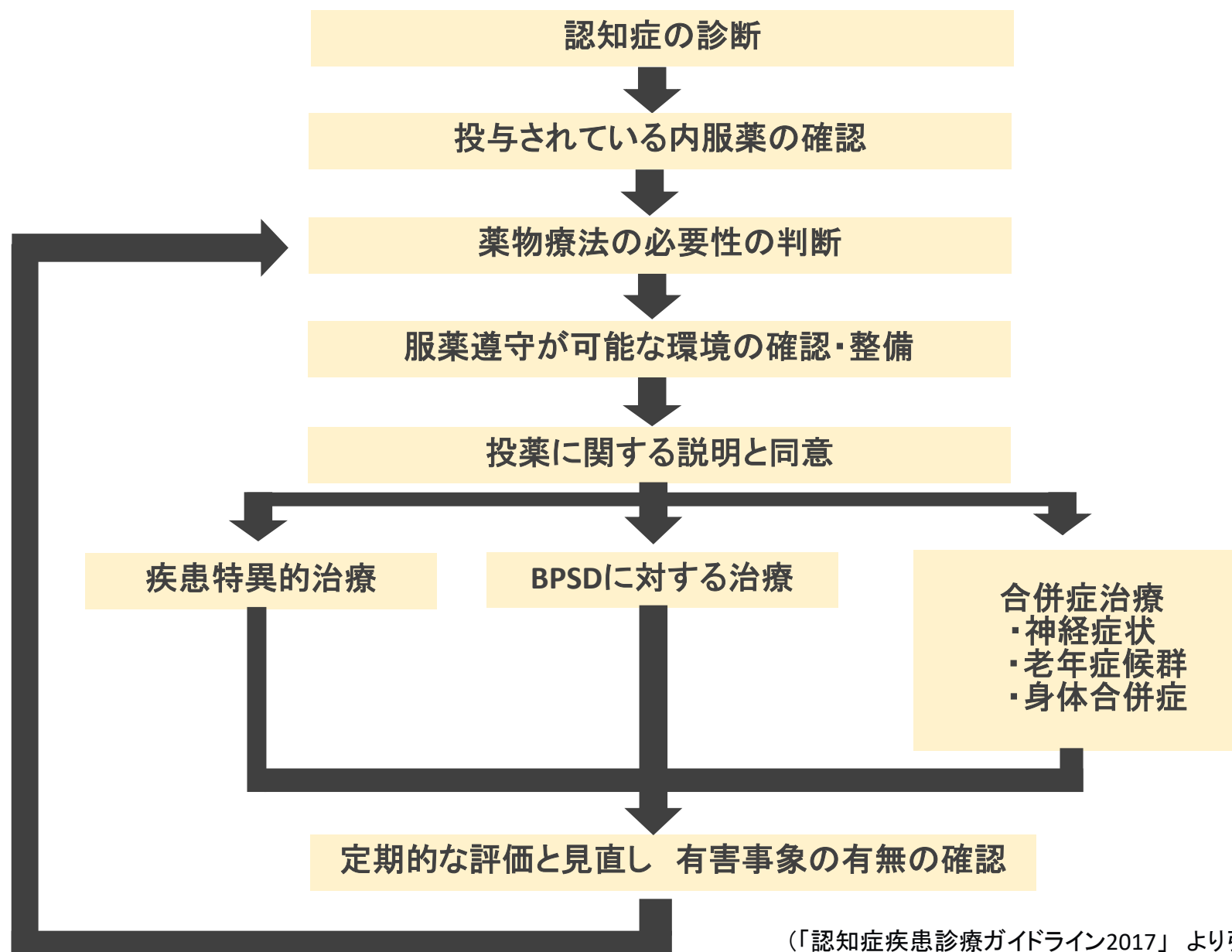
早期の認知症診断のために家族や本人に確認すること

- ・ 最近、同じ内容の事柄を何度も繰り返したずねることはないか。
- ・ 2つの作業を同時に(ex.電話に対応しながら調理をする)したり、物の扱いが下手になっていないか。
- ・ 季節にそぐわない身なりをしたり、おしゃれを面倒がることなどが目立たないか。
- ・ 冷蔵庫に同じ品物が溜まっていないか。同じものを買ってこないか。
- ・ 探し物をしていることが多くなってきていないか。
- ・ 小銭が財布に溢れていないか。紙幣で支払うことが多くなってないか。
- ・ 家の中に誰か潜んでいる、玄関や2階に誰か来ていると訴えることはないか。
- ・ 頻回に転びやすくなったり、よたよたしてないか。
- ・ 寝ぼけがひどくなってないか。突然の大声の寝言や眠っているときの激しい体の動きがみられないか。
- ・ 妙にテンションが高くないか。怒りっぽくないか。気分変動が激しくないか。
- ・ なんとなく性格が変わったような(人が変わったような)感じはないか。



認知症の治療

認知症の薬物療法



（「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用）

認知症の薬物療法の注意点と原則

① 投与薬物は、その種類によっては若年者の1/2～1/4の少量から投与も検討する



② 薬効評価は短期間に行う。効果の乏しい場合は短期間で変更する



③ 服薬方法を単純化し、簡略にする。服薬回数を減らしたり、薬剤の一包化などを行う



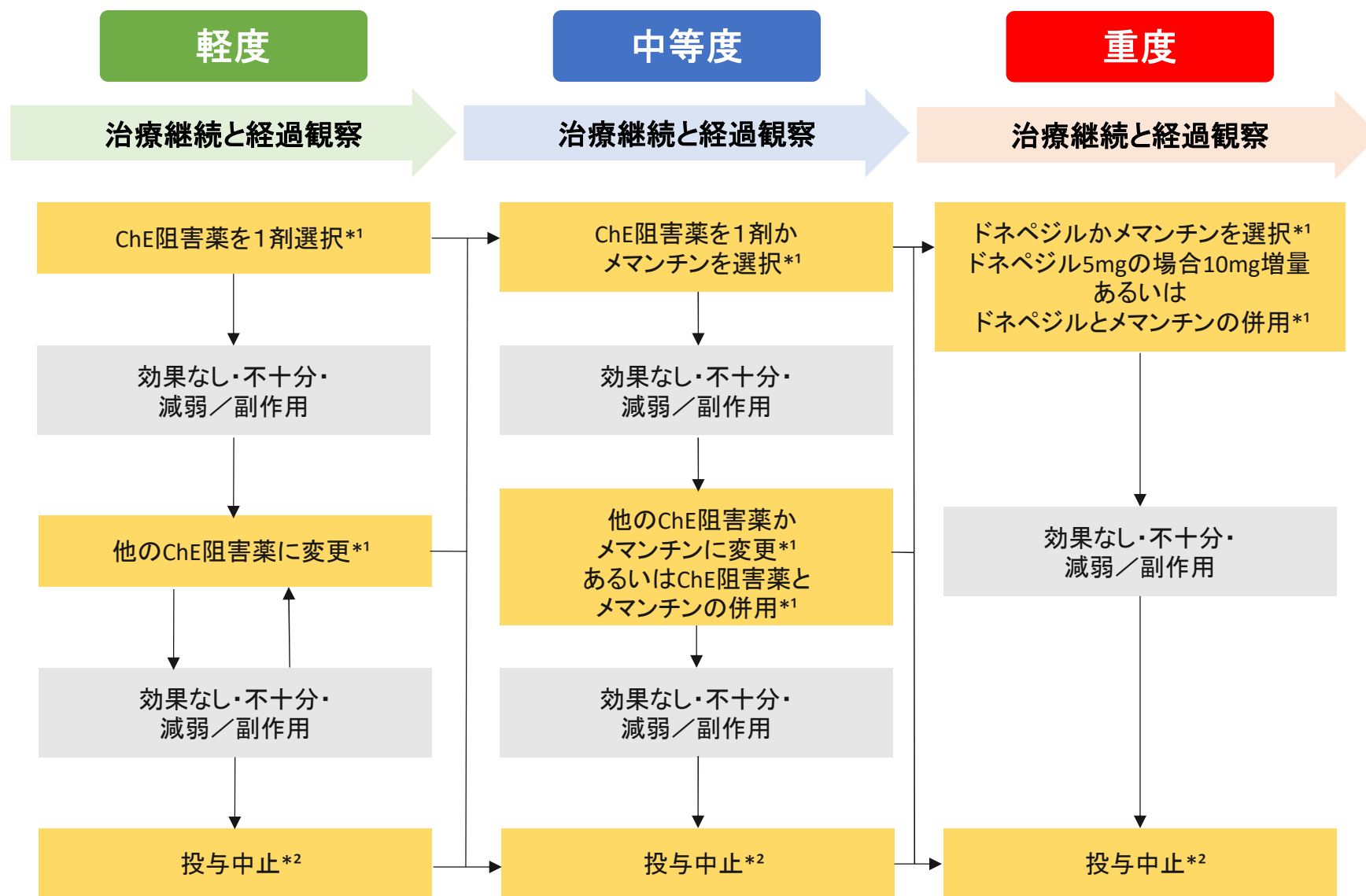
④ 特有の有害事象に注意して、多剤併用はできるだけ避け、処方シンプルにする



⑤ 服薬を介護者にも確認。家族、介護者、薬剤師などで服薬アドヒアランスを確認する

(「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用)

病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム



* 1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択

* 2 急速に認知機能低下進行例があり。投与中止の判断は慎重に

(「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用)

50

BPSD治療アルゴリズム

非薬物的介入を最優先する

出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を探る。
デイサービスなどの導入も検討する。

確
認
要
件

- 他に身体的原因はない(特に、感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など)
- 以前からの精神疾患はない(あれば精神科受診が望ましい)
- 服用中の薬物と関係ない
- 服薬遵守に問題ない
- 適応外使用も含めて当事者より十分なインフォームドコンセントが得られている

幻覚、妄想、焦燥、攻撃性

抗認知症薬の副作用を否定した上で、保険適応上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやChE阻害薬の増量もしくは投与開始も検討可能だが、逆に増悪させることもあるので注意が必要である。これらにより標的症状が改善しない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散や気分安定薬の使用を検討する。なお、抗認知症薬は重症度によって保険適用薬が異なるので注意すること。

抗うつ症状
アパシー(無為)

ChE阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬の使用を検討する。

不安、緊張、
易刺激性

抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の有効性が示唆されているが、抗不安薬は中等度以上の認知症では使用しない。

睡眠障害

睡眠覚醒リズムの確立のための環境調整を行った上で、病態に応じて睡眠導入薬／抗うつ薬／抗精神病薬の使用を検討する。

過食、異食、徘徊、
介護への抵抗

向精神薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分で科学的根拠に乏しい。

低用量で開始し、症状をみながら漸増する

- ・どの薬剤でも添付文書の最高用量を超えないこと
- ・薬物の相互作用に注意すること
- ・用量の設定では、年齢、体重、肝・腎、脳機能などへの身体的状況を勘案すること

(「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン 第二版より引用)

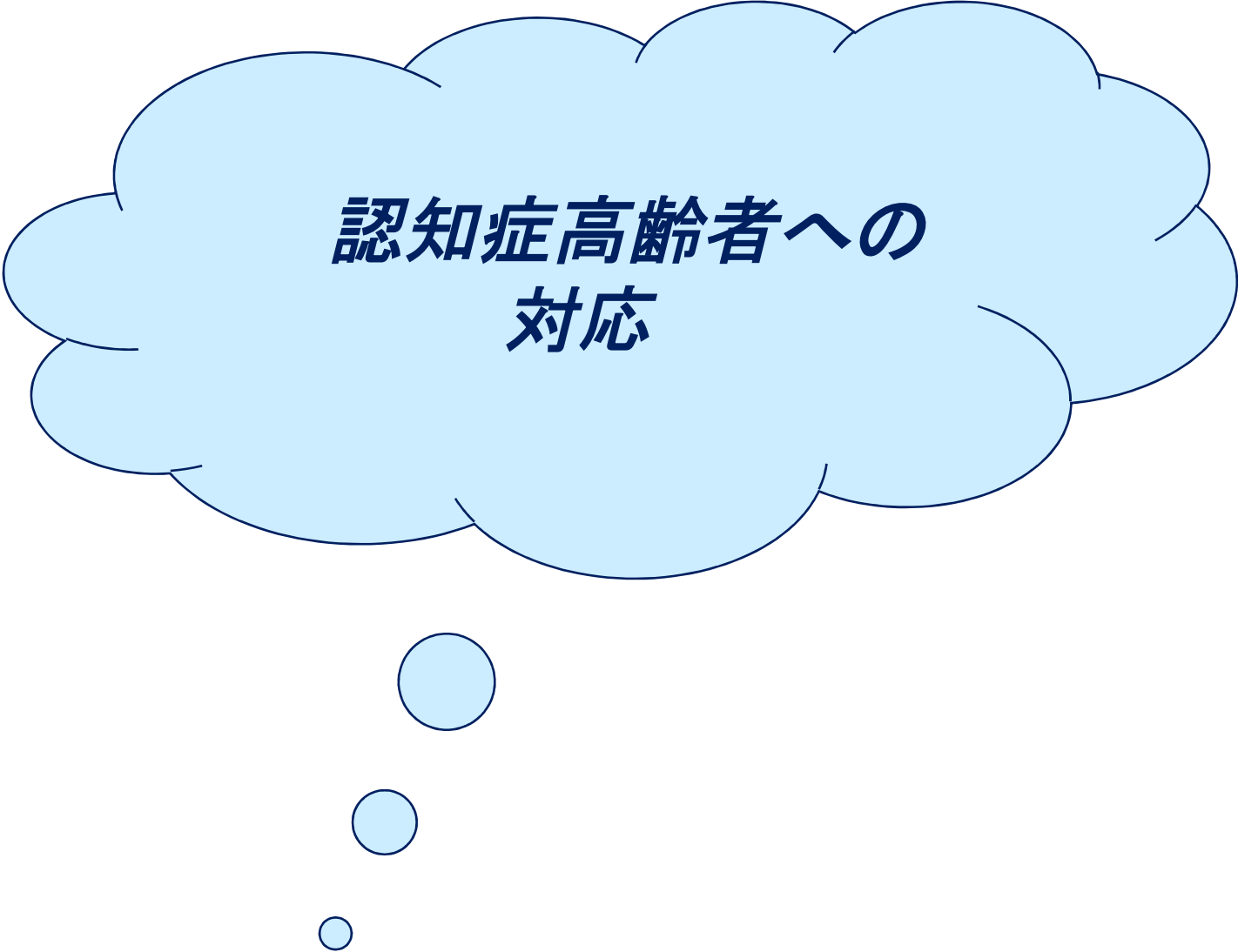
BPSDに対する薬物療法

認知症に伴う精神症状や行動症候に対して保険適応を得ている薬剤は限られているが、実地臨床ではいくつかの薬剤が用いられる

- 抗うつ薬： 非三環系抗うつ剤
- 抗精神病薬： 非定型抗精神病薬
- 抗てんかん薬
- 睡眠導入薬・抗不安薬： 短時間作動型を用いる
- 漢方薬： 電解質バランス、肝障害に注意

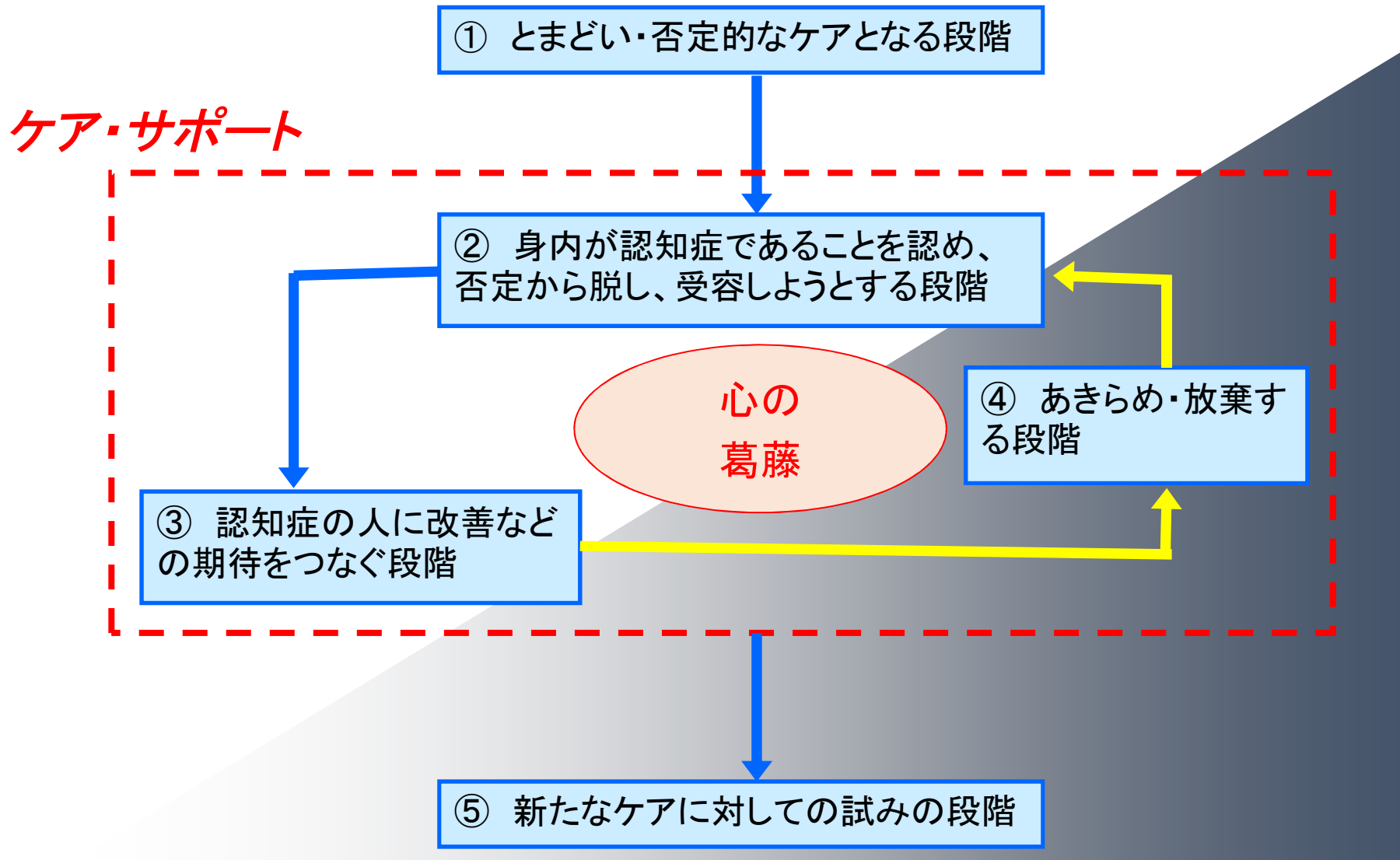
BPSDに対する非薬物療法

- 行動に焦点をあてた療法
 - ・個別対応
 - ・環境調整
- 感情に焦点をあてた療法
 - ・回想法
 - ・バリデーション療法（確認療法）
- 行動・感情に焦点をあてた療法
 - ・現実見当識訓練（RO法）
- 刺激に焦点をあてた療法
 - ・音楽療法
 - ・芸術療法
 - ・ペット療法
 - ・園芸療法など



認知症高齢者への 対応

認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階



本間 昭ほか：認知症介護 介護困難症状別ベストケア50、小学館 2007

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症__瀬戸裕司

認知症高齢者の心理的特徴

- 自分の気持ちを受け入れられ、安心を求めている
- 本能的に「苦」を回避しようとする
- 思い通りにならないことに対する我慢力の低下がある
- 環境変化には敏感に反応する
- 周囲の愛情に対して敏感にキャッチ、微妙に反応する
- プライドがとても傷つきやすい。喪失体験に敏感である
- 自分のペースに固守する
- 何でもよいから「やりとげたい」という本能的要求がある
- 生きたいという願望を持つ
- 根底は不自由さに苦しんでいる状態にある

認知症高齢者との接し方

1. 自尊心(プライド)を傷つけない(怒らない)
2. 納得いくように話す(説得とは違う)
3. ペースはとにかく相手に合わせる
4. 話は単純・簡潔にする。くどくならないよう
5. 流行語は使わないでわかりやすく
6. 近くで、きちんと正面から話す
7. 言葉だけでなく、文字などを使う工夫も有用
8. 言葉以外のコミュニケーション(雰囲気)が大切
9. 話の中で、ときには現実も提示する
10. 過去を回想することも大切(相手に共感する)

成年後見制度について

成年後見制度の概要

成年後見制度とは...

認知症、知的障害、精神上の障害などにより、判断能力が低下した成人について、本人に代わって法律行為や財産行為を行う「成年後見人」等を選任することにより、本人の保護を図る制度で、介護保険制度創設と同じ平成12年に、民法改正により創設されている。

そのような中、平成28年5月、成年後見制度の利用の促進に関する法律が施行、平成31年4月より、従前の診断書の書式が改定され、福祉関係者が本人の生活状況等に関する情報を医師に伝えるためのツールとして、新たに「本人情報シート」の書式が作成された。

成年後見制度の種類



①任意後見制度: 判断能力が不十分になる前に

将来、判断能力が不十分となった場合に備えて、「誰に」、「どのような支援をしてもらうか」をあらかじめ契約により決めておくものが「任意後見制度」

②法定後見制度: 判断能力が不十分になってから

家庭裁判所によって、成年後見人等(成年後見人・保佐人・補助人)が選ばれるものが「法定後見制度」である。 利用するためには、家庭裁判所に審判の申立てを行う。

本人の能力に応じて、「後見」「保佐」「補助」の3つの制度がある。

法定後見制度の3類型

補助人

判断能力が不十分な方。

本人が同意した事柄について、同意や取消、代理行為ができる。

(例) 重要な財産管理が出来るかどうか危惧がある程度。ほとんど自分自身で判断できるが、場合により援助が必要。

診断書のみで
可

保佐人

判断能力が著しく不十分な方。

保佐人には、特定の事項について、同意や取消ができ、本人が同意した事柄の代理行為ができる。

(例) 日常の買い物程度は単独でできるが、重要な財産管理はできない程度。通帳や印鑑をよく紛失する。セールスを断れないなど。

原則として
鑑定書が必要

後見人

判断能力がほとんど欠けているのが通常の状態の方。

後見人には、財産管理についての全般的な代理権、取消権が与えられる。

(例) 日常的に必要な買い物も自分では出来ず、誰かにやってもらう必要がある。今どこにいるのか、家族が誰なのかが分からない等。

鑑定書が必要

財産管理と身上監護

成年後見人等の役割は、「財産管理」と「身上監護」からなる

- **財産管理**・・・本人の財産の維持・管理を目的とする行為。
 - ・現金、預貯金、不動産等の管理 ・収入支出の管理
 - ・金融商品や有価証券等の管理
 - ・税務処理(確定申告、納税など)
- **身上監護**・・・本人に必要な衣食住等の生活に関する手配や療養・介護の手配など身上に関する全ての行為。
 - ・医療に関する契約 ・介護に関する契約 ・施設との契約など

なお、本人の居住用不動産を処分するには家庭裁判所の許可が必要である

法定後見制度の3類型(まとめ)

類型	成年被後見人	被保佐人	被補助人
判断能力レベル	判断能力を欠く状況 ・脳死認定をされた ・重度の認知症 など	判断能力が特に不十分 ・日常の買い物程度はできるが、 大きな財産を購入したり契約を 結ぶことは難しい ・中度の認知症 など	判断能力が不十分 ・日常の買い物は一人で問題なく できるが、援助者の支えがあった 方がよい ・軽度の認知症 など
支援者の呼び方	成年後見人	保佐人	補助人
制度申請時に 本人の同意は 必要か	不要	不要	必要
代理行為に本人 の同意は必要か	不要	必要	必要
本人と利害関係 がある場合	特別代理人を選任 ※成年後見監督人がいない場合	臨時保佐人を選任 ※保佐監督人がいない場合	臨時補助人を選任 ※補助監督人がいない場合
同意が必要な 行為	なし	重要な財産行為 ・借金をする ・不動産売買 ・遺産分割協議への参加	重要な財産行為の一部 ・借金をする ・不動産売買 ・遺産分割協議への参加
遺言作成に 関する特別規定	判断能力が一時回復した時に おいて医師2人以上の立会いが必要	なし ※ただしもめやすいので要注意	なし ※ただしもめやすいので要注意

成年後見人等の役割

できること

- ・財産管理業務

不動産売買、年金受給、保険金請求、遺産分割協議の参加など

- ・身のまわりの契約行為

入院手続き、医療費の支払い、介護サービス契約、施設への入所契約など

- ・身のまわりの諸手続き

郵便物の管理、確定申告、身体障害者手帳の交付請求手続きなど

できないこと

- ・身元保証人になること

- ・手術などの医療行為に同意すること

} ご家族はOK

身元保証人や医療行為の同意 ➡ ご家族でなければならない

本人に遺言能力が無くなった場合 ➡ 遺言書はどのような方法でも作成できない

診断書作成の依頼があった場合

かかりつけの患者の場合

かかりつけの患者でない場合

本人情報シートの提供を受けた場合は、診断への活用を検討する。

これまでの診察を踏まえて対応する

以前から本人を診察している医師が作成する場合や病状が明らかな場合には、1回の診察で作成されることが想定されています。

診察(1か月程度を想定)

以前には診察を受けていなかった場合であっても、おおむね1か月程度の期間、2, 3回程度の診察で作成することが可能かご検討ください。

より専門的な検査等を実施する必要がある場合

診断書の作成

診断書の作成

専門医療機関を勧める

成年後見制度における診断書作成の手引・本人情報シート作成の手引(最高裁判所事務総局家庭局)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」2. 認知症__瀬戸裕司

(家庭裁判所提出用)

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 (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)

MMSE (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)

脳の萎縮または損傷の有無

☐ あり ⇒ (☐ 部分的にみられる ☐ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施)

☐ なし

知能検査

その他

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☐ 回復する可能性は低い ☐ 分からない

(特記事項)

3 判断能力についての意見

☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる。

☐ 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。

☐ 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。

☐ 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。

1/2
- 9 -

↓

裏面に続く

(家庭裁判所提出用)

(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)

☐ 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】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) 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 (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

2/2
- 10 -

診断名：判断能力に影響を与えている診断名を記載する。影響を与えていない診断名は不要。

診断名：病院で通常に行われる診療で得られる診断名でよい。

各種検査：診断書には、判断能力に関する医学的診断をする場合の代表的なものを掲げている。

掲げられている検査を行った際は、その結果を記載する。入院先などの検査結果が利用できる際には、それを用いても構わない。

所見：診断を導く根拠となる病状等について、その内容、発症時期、重症度、経過等を簡潔に記載。また、現病歴、既往疾患等のうち、現在の精神状態に影響を与えるものがある場合も、この欄に記載する。

各種検査：知能検査を行った場合は、その検査方法、結果、検査年月日を必ず記載する。その他の検査も同様である。

各種検査：検査は、本人の症状に照らして行うものであり、診断を行う際に必要な範囲のみでよい。殊更に記載されている検査をする必要はない。

短期間内に回復する可能性：診断を導く根拠となった病状の回復可能性について記載する。特記事項欄は、その判断根拠等を記載する。

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する。
「契約等」は、一般に契約書を必要とする取引を想定。
「支援」は、家族等によって提供される適切な援助行為を想定している。

保佐類型の申立て

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 支援を受けなくても、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) ※ 慎重な意見を要する事情等があれば、記載してください。

後見類型の申立て

補助類型の申立て

1/2
- 9 -

裏面に続く

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ ☐ まれに障害あり
☐ なし

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

「⑤その他」については、(1)から(4)に関する記載では判断の根拠についての説明として不十分な場合に、その意見の根拠を記載する。

判断の根拠: 診断結果および判断能力についての意見を導いた根拠について、(1)から(4)の項目ごとに記載する。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、付加的な説明を要する場合には、下の空欄にその事情等を記載する。

(4) 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

(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)

参考となる事項 (本人の生活状況、日常的・社会的な生活状況等)

参考となる情報: 判断能力についての意見を導く事情とまではいえないものの、本人の状態や生活状況に関して、裁判所が把握した方がよいと思われる事情があれば記載する。

※ 「本人情報」
(受けた場合には、)

参考となる情報: 家族や支援者等から本人情報シートの提供を受けた場合には、「受けた」の欄にチェックをする。診断に際して考慮した点があれば、内容を記載する。
(特段、考慮する点が無かった場合にも、その旨の記載が必要)

本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
 ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
 ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 年 月 日

本人

氏 名： _____

生年月日： 年 月 日

作成者

氏 名： _____ 印

職業(資格)： _____

連絡先： _____

本人との関係： _____

1 本人の生活場所について

☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

☐ 介護認定（認定日： 年 月）

☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）

☐ 非該当

☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）

☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当

☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）

☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
 （今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☐ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。）

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある

☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある

☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある

☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

- 29 -

エ 本人が家族等を認識できているかについて

☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある

☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない

☐ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等）

(4) 社会・地域との交流頻度について

☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している

☐ 親族又は第三者が管理している

（支援（管理）を受けている場合には、その内容・支援者（管理者）の氏名等）

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。）

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。

☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。

☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。

☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

2/2

- 30 -