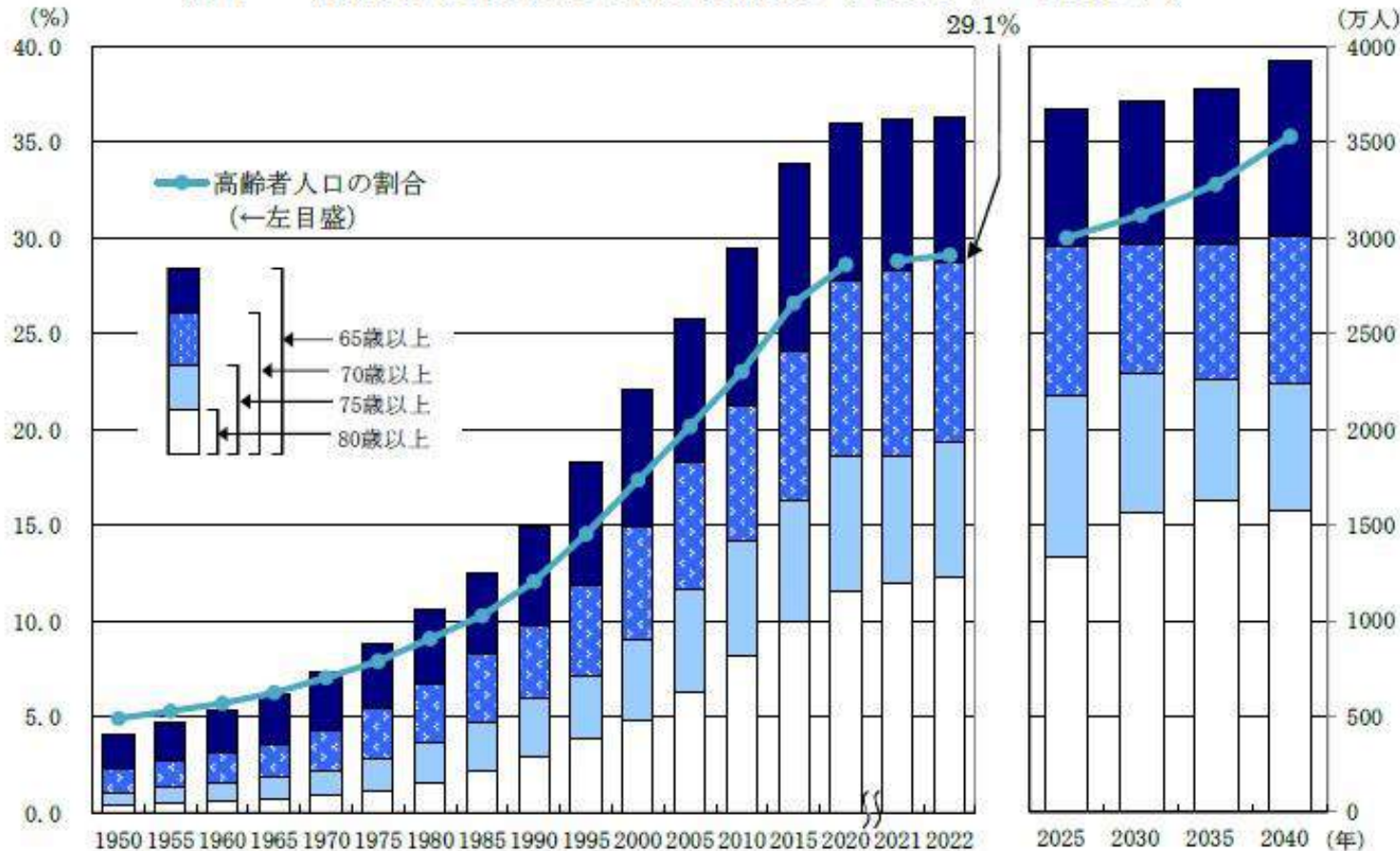


認知症について

稲沢厚生病院 精神科 小澤太嗣

日本の高齢者の人口

図1 高齢者人口及び割合の推移（1950年～2040年）

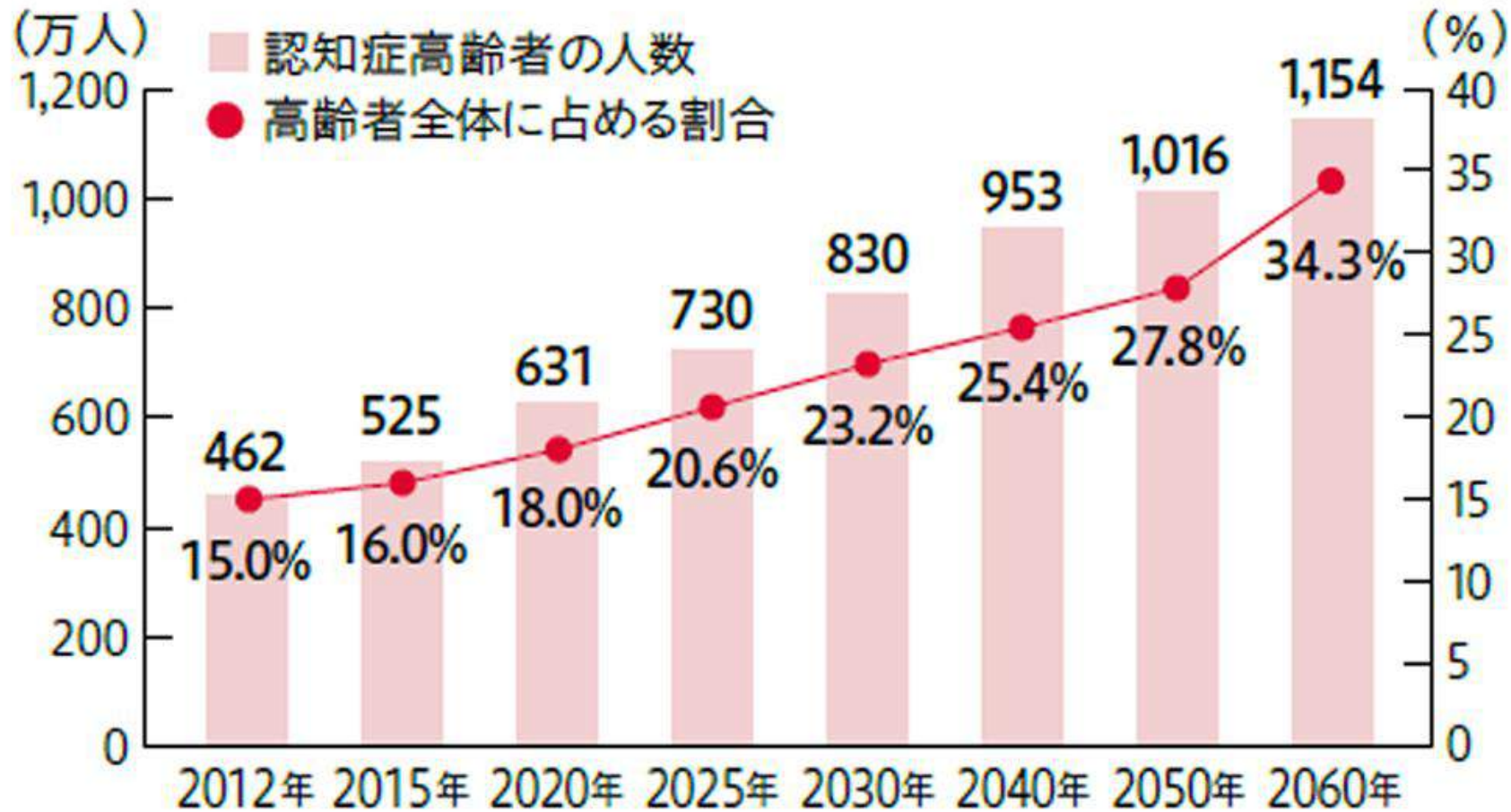


2022年の日本の高齢者人口は3627万人、人口割合29.1%

この割合は今後も上昇を続け、2040年には35.3%になると見込まれている。

日本（29.1%）は世界で最も高く、次いでイタリア（24.1%）、フィンランド（23.3%）、プエルトリコ（22.9%）などとなっている。

日本の認知症の高齢者人口



現在は推計650万人以上
2025年には700万人
今後も増加傾向

認知症、軽度認知機能障害とは

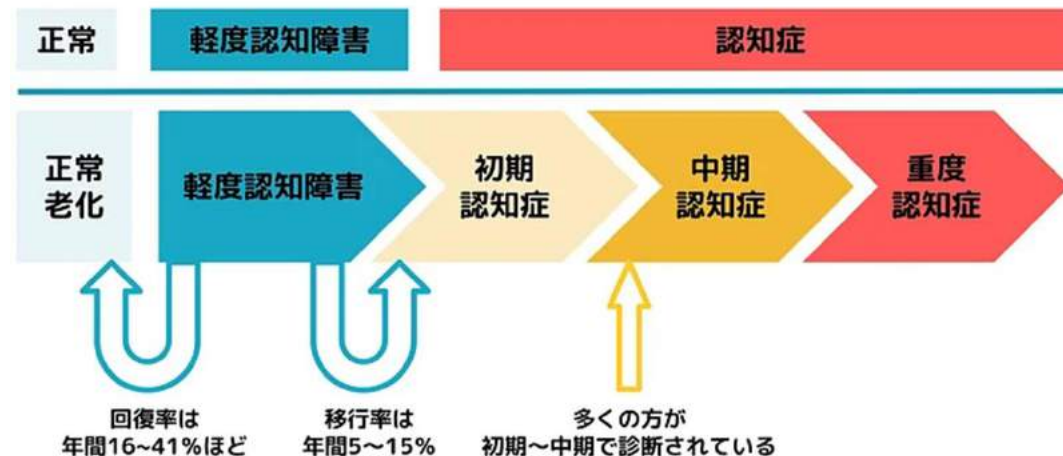
- 認知症

「脳の病気や障害など様々な原因により、認知機能が低下し、日常生活全般に支障が出てくる状態」

- 軽度認知機能障害(MCI:Mild Cognitive Impairment)

「普段の生活に支障をきたすほどではないが、記憶などの能力が低下し、正常とも認知症ともいえない状態」

軽度認知症から認知症まで



軽度認知機能障害(MCI)

- 正常と認知症の中間の状態。
- 物忘れはあるが、日常生活に支障がない。
- 年間10～30%が認知症に進行する。
(正常な方からは年1～2%が認知症発症)
- 一方、正常なレベルに回復する人もいる。
(5年後に38.5%が正常化したという報告あり)
- 認知症治療薬の効果はないとする研究が多い。

N I A - A A による認知症診断基準の要約 (2011)

- ・ 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神経心理検査
- ・ 5. 以下の2領域以上の認知機能や行動の障害
 - 1) 記名記憶障害、 2) 論理的思考、推敲機能、判断力の低下
 - 3) 視空間認知障害、 4) 言語機能障害、 5) 人格、行動、態度の変化

認知症の種類と割合

認知症の主な原因疾患

その他

7.6%

前頭側頭型認知症

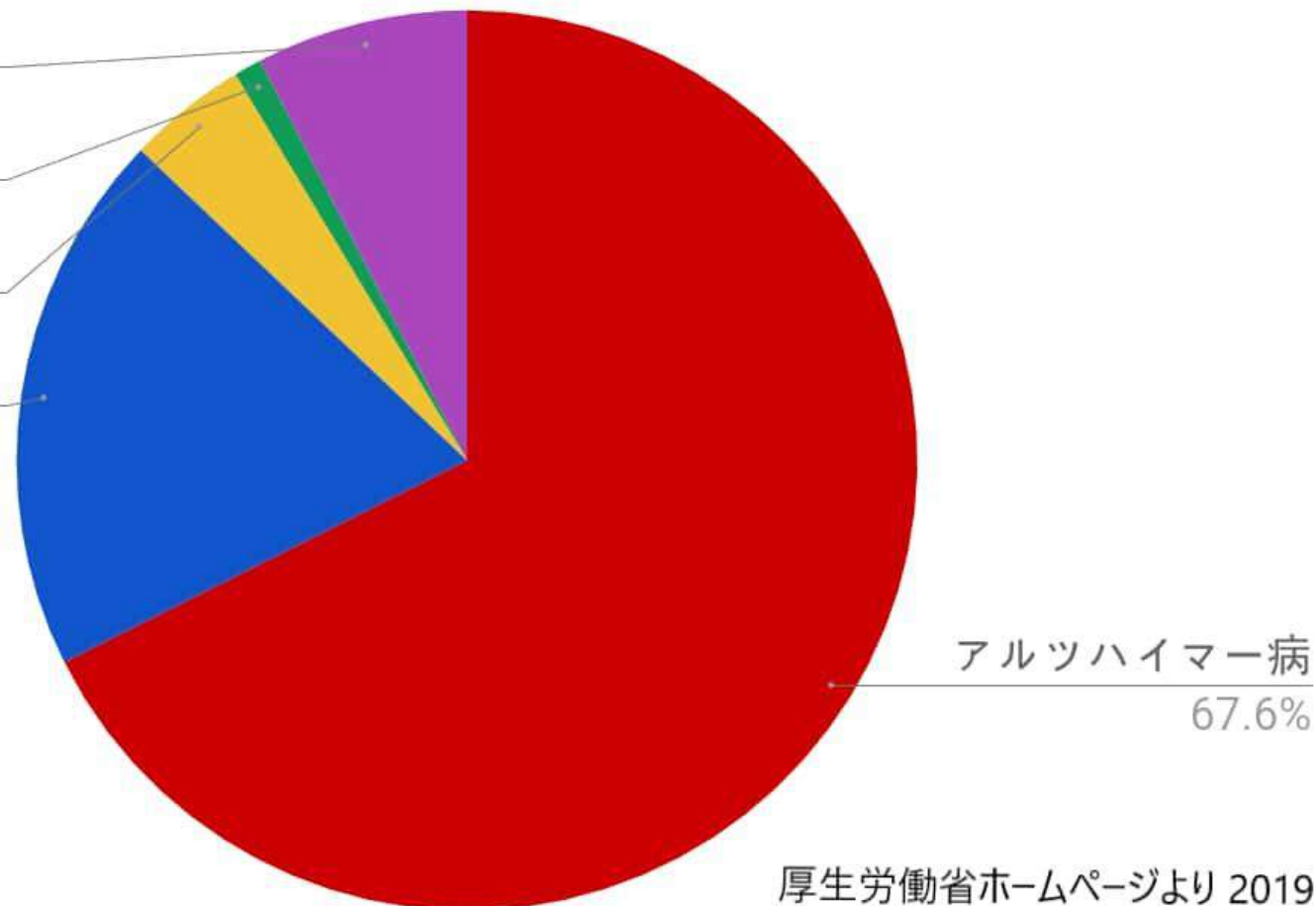
1.0%

レビー小体型認知

4.3%

脳血管性認知症

19.5%



その他の原因疾患

- 内分泌・代謝性中毒性疾患

甲状腺機能低下症、ビタミンB1、B12欠乏症、低血糖症、アルコール関連脳症など

- 感染性疾患

ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、脳寄生虫など

- 腫瘍性疾患

脳腫瘍など

- 外傷性疾患

慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など

- 脳循環性障害

正常圧水頭症

- 中枢免疫疾患

神経ベーチェット病、多発性硬化症、橋本脳症など

認知症の症状

主な行動・心理症状

中核症状

行方不明など
歩き回って、帰り道がわからなくなるなど

妄想
物を盗まれたなど事実でないことを思い込む

幻覚
見えないものが見える、聞こえないものが聞こえるなど

暴力行為
自分の気持ちをうまく伝えられないなど、感情をコントロールできないために暴力をふるう

せん妄
落ち着きなく家の中をうろうろする、独り言をつぶやくなど

記憶障害
物事を覚えられなくなったり、思い出せなくなる。

理解・判断力の障害
考えるスピードが遅くなる。家電やATMなどが使えなくなる。

抑うつ
気分が落ち込み、無気力になる

実行機能障害
計画や段取りをたてて行動できない。

見当識障害
時間や場所、やがて人との関係が分からなくなる。

人格変化
穏やかだった人が短気になるなどの性格変化

不潔行為
風呂に入らない、排泄物をもてあそぶなど

問診

- 主訴

本人及び家族の受診理由(本人の主訴は病識の目安になる)

- 家族歴

遺伝性疾患、生活様式の共有による危険因子

- 生活歴

教育歴、職歴、病前性格・行動傾向、嗜癖(飲酒・喫煙)

- 既往歴

- 現病歴

発症時期、発症様式(急性、慢性)、発症時前後の生活の変化・事件、認知機能障害、行動・心理症状、ADL

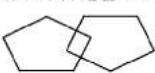
- 現在の生活状況

家族構成、社会資源の利用状況

認知機能検査

MMSE

(カットオフ：23点)

	質問	得点
1 (5点)	今年は何年ですか？ 今の季節は何ですか？ 今日は何曜日ですか？ 今日は何月何日ですか？	年 0 1 季節 0 1 曜日 0 1 月 0 1 日 0 1
2 (5点)	この病院の名前は何ですか？ ここは何県ですか？ ここは何市ですか？ ここは何階ですか？ ここは何地方ですか？	病院 0 1 県 0 1 市 0 1 階 0 1 地方 0 1
3 (3点)	物品名 3 個(桜、猫、電車) ※ 1 秒間に 1 個ずつ言う。その後、被験者に繰り返させる。 正答 1 個につき 1 点を与える。3 個全て言うまで繰り返す(6 回まで)	0 1 2 3
4 (5点)	100 から順に 7 を引く(5 回まで)。	93 0 1 86 0 1 79 0 1 72 0 1 65 0 1
5 (3点)	設問 3 で提示した物品名を再度復唱させる。	0 1 2 3
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか？ (鉛筆を見せながら)これは何ですか？	0 1 0 1
7 (1点)	次の文章を繰り返す 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」	0 1
8 (3点)	(3 段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんで下さい」 「それを私に渡してください」	0 1 0 1 0 1
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従って下さい) 「右手をあげなさい」	0 1
10 (1点)	(何か文章を書いて下さい)	0 1
11 (1点)	(次の図形を書いて下さい) 	0 1
合計		/30

長谷川式簡易認知症知能評価スケール
(カットオフ：20点)

	質問	配点			
1	お歳はいくつですか？ (2 年までの誤差は正解)	0 1			
2	今日は何年何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ 1 点ずつ)	年 0 1 月 0 1 日 0 1 曜日 0 1			
3	私たちがいまいるところはどこですか？ (自発的にできれば 2 点、5 秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ のなかから正しい選択をすれば 1 点)	0 1 2			
4	これから言う 3 つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか 1 つで、採用した系列に ? 印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車	0 1 0 1 0 1			
5	1 0 0 から 7 を順番に引いてください。 (100-7 は？、それからまた 7 を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	(93) 0 1 (86) 0 1			
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9 を逆に言ってもらう、3 桁逆唱に失敗したら、打ち切る)	(2-8-6) 0 1 (9-2-5-3) 0 1			
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各 2 点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば 1 点)	a 0 1 2 b 0 1 2 c 0 1 2			
8	これから 5 つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5			
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約 10 秒間待っても出ない場合には そこで打ち切る)	0 1 2 3 4 5			
1	2	3	4	5	/ 30 点
6	7	8	9	10	



長谷川和夫 医師
猪熊律子 読売新聞編集委員

ボクはやっと
認知症の
ことがわかった

伝えた
たい
遺言
日本
専門
医に
が、
認知
症に
な
った
自
ら
も

予防策や歴史的経緯から、
社会・医療が果たす役割まで、
認知症のすべてがここにある。

「長谷川式スケール」
開発者の眼には
いま、どんな世界が
映っているのか？

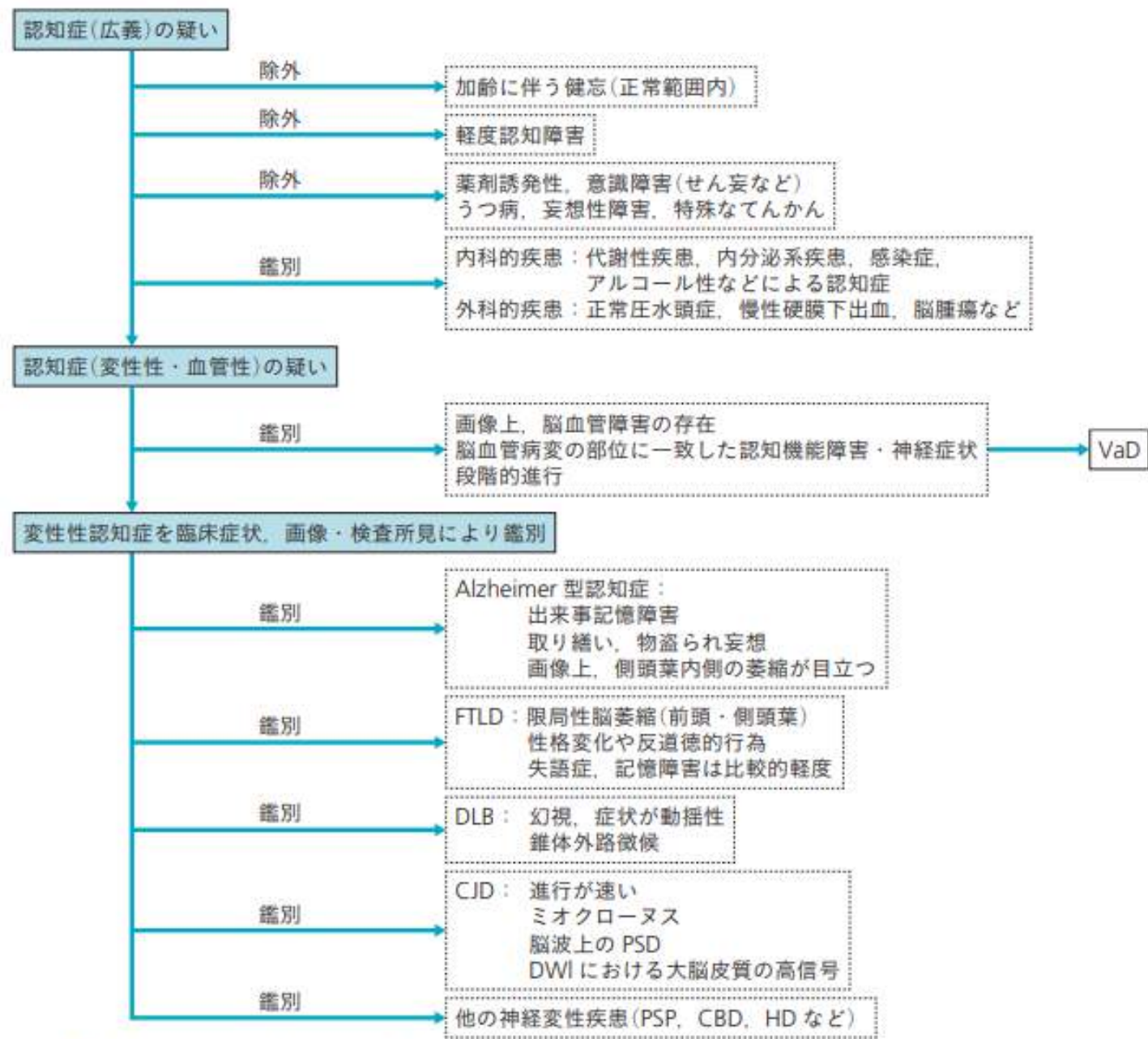


図1 | 認知症診断のフローチャート

VaD : vascular dementia, FTLD : frontotemporal lobar degeneration, DLB : dementia with Lewy bodies, CJD : Creutzfeldt-Jakob disease, PSD : periodic synchronous discharge, DWI : diffusion weighted image, PSP : progressive supranuclear palsy, CBD : corticobasal degeneration, HD : Huntington's disease

生理的健忘との鑑別

表 1 | 生理的健忘と病的健忘 (Alzheimer 型認知症) の鑑別の要点

	生理的健忘	病的健忘 (Alzheimer 型認知症)
もの忘れの内容	一般的な知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全体
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし (病識低下)
学習能力	維持されている	新しいことを覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

せん妄との鑑別

表 2 | せん妄と Alzheimer 型認知症の鑑別の要点

	せん妄	Alzheimer 型認知症
発症様式	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過と持続	動揺性、短時日	慢性進行性、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない

うつ病との鑑別

表 3 | うつ病（偽性認知症）と Alzheimer 型認知症の鑑別の要点

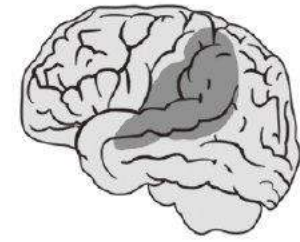
	うつ病（偽性認知症）	Alzheimer 型認知症
発症様式	急性	緩徐で潜在性
経過と持続	比較的短期、動揺性	長期、進行性
自覚症状	存在する （能力の低下を慨嘆する）	欠如することが多い （能力の低下を隠す）
身体症状	摂食障害、睡眠障害など	なし

薬剤性の認知機能低下

表 1 | 認知機能低下を誘発しやすい薬剤

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬	抗 Parkinson 病薬
催眠薬	抗てんかん薬
鎮静薬	循環器病薬(ジギタリス、利尿薬、一部の降圧薬など)
抗うつ薬	鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)
	副腎皮質ステロイド
	抗菌薬、抗ウイルス薬
	抗腫瘍薬
	泌尿器病薬(過活動膀胱治療薬)
	消化器病薬(H ₂ 受容体拮抗薬、抗コリン薬)
	抗喘息薬
	抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬)

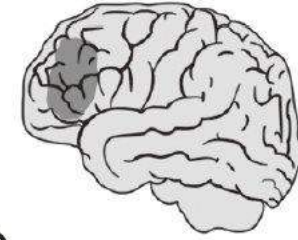
主な認知症のタイプ



代表的な症状

- ・もの忘れ
- ・失見当識（日時・場所・人物が識別できない）がある
- ・気が短くなったり怒りっぽくなったりする
- ・徐々に進行する

アルツハイマー型
認知症

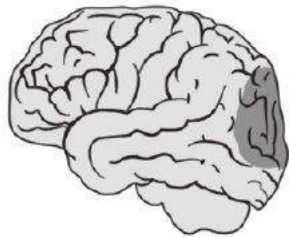


代表的な症状

- ・まだら認知症（症状は脳病変部位によって異なる）
- ・片麻痺、言語障害、着衣失行などを伴いやすい
- ・発作の度ごとに階段状に悪化する

血管性
認知症

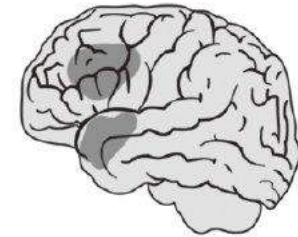
認知症（症状）



代表的な症状

- ・幻視・錯視とパーキンソン症状が特徴的である
- ・認知症状は日によって、時間帯によって変動がみられる

レビー小体型
認知症



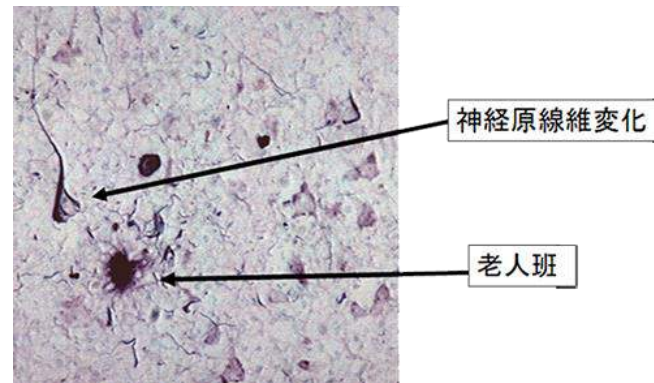
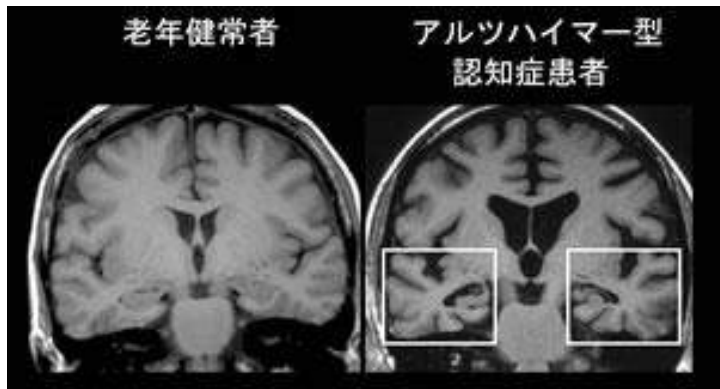
代表的な症状

- ・人格変化、性格変化が著しい
- ・自分勝手な行動が多い
- ・毎日決まった行動をとる

前頭側頭型
認知症

アルツハイマー型認知症(AD)

- 神経原繊維変化、老人斑の病理変化を特徴とするアルツハイマー病によって大脳皮質、海馬、前脳底部で神経細胞死、シナプス現象、アセチルコリン低下を起こす。
- 初期には緩徐進行性の出来事記憶の障害に始まる記憶と学習の障害を見られ、失語、遂行機能障害、視空間機能障害と人格変化などの社会的認知機能の障害に進展する。
- 記憶障害を作話でごまかす「取り繕い」、盗まれたという「物盗られ妄想」が見られることがある。



FAST (Functional-Assessment STaging)

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。新しい場に旅行することは困難
4. 中等度の認知機能低下	軽度のAD	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障を来す
5. やや高度の認知機能低下	中等度のAD	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. 高度の認知機能低下	やや高度のAD	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	高度のAD	a) 最大限約6語に限定された言語機能の低下
		b) 理解しうる語彙はただ1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

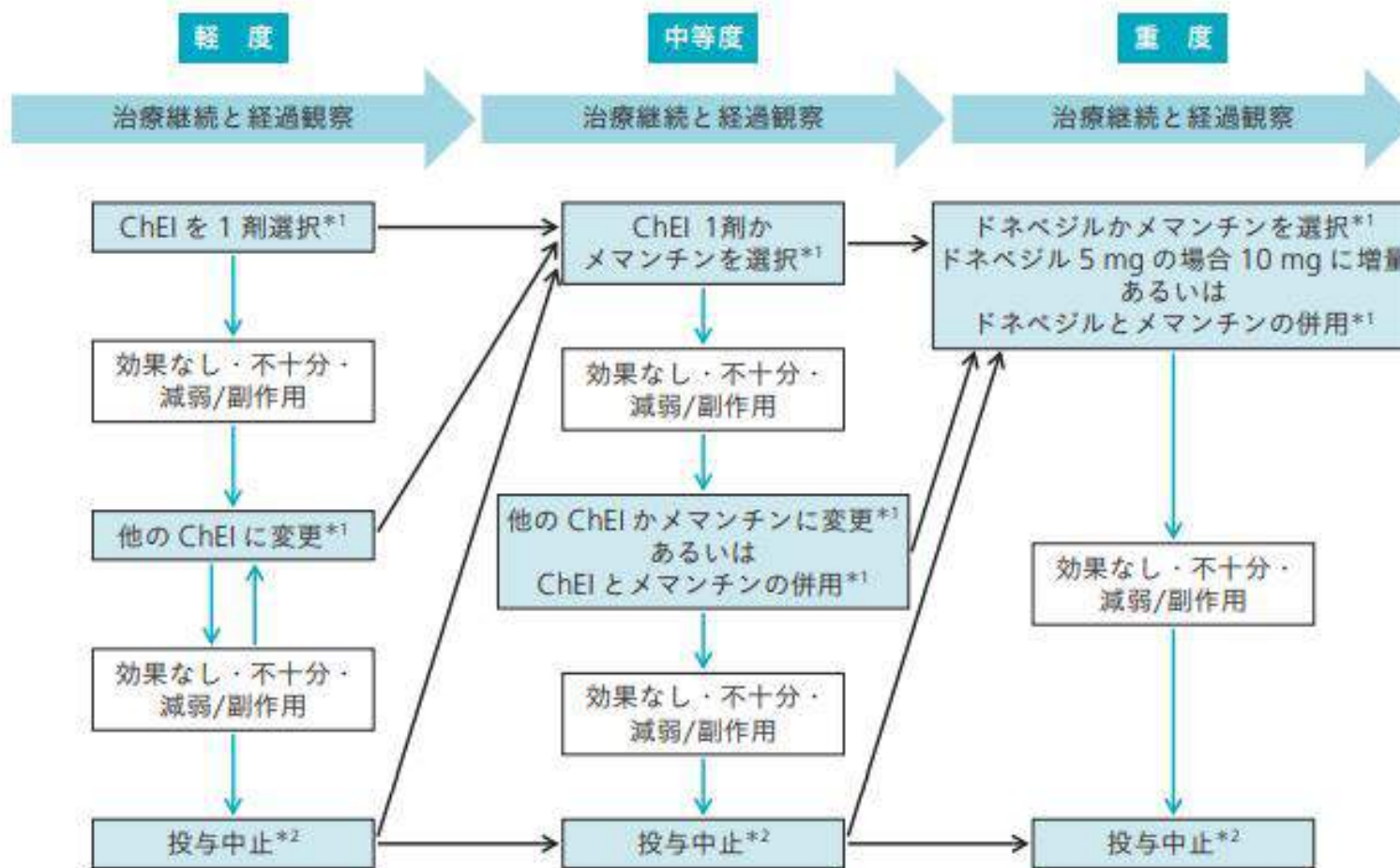
アルツハイマー型認知症の薬物療法

表 1 | Alzheimer 型認知症治療薬の特徴

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アダマンタン誘導体
作用機序	AChE 阻害	AChE 阻害 nAChR アロステリック 増強作用	AChE 阻害/BuChE 阻害	NMDA 受容体拮抗
適用	①軽～中等度 5 mg ②重度 10 mg	軽～中等度 24 mg	軽～中等度 18 mg	中等～重度 20 mg
用量	①3 mg (2 週) →5 mg ②5 mg (1 月) →10 mg	8 mg (1 月)→16 mg (1 月) →24 mg	①4.5 mg (1 月) →9 mg (1 月) →13.5 mg (1 月) →18 mg ②9 mg (1 月)→18 mg	5 mg (1 週)→10 mg (1 週) →15 mg (1 週)→20 mg
用法	1 日 1 回	1 日 2 回	1 日 1 回 バッチ剤	1 日 1 回
半減期 (時間)	70～80	5～7	3.4	60～80
最高濃度到達 (時間)	3～5	0.5～1	8	1～7
代謝	肝臓 CYP3A4, 2D6	肝臓 CYP2D6, 3A4	非 CYP	腎排泄

副作用については、各薬剤の添付文書と CQ3A-6(65 頁)を参照。

アルツハイマー型認知症の抗認知症薬の アルゴリズム

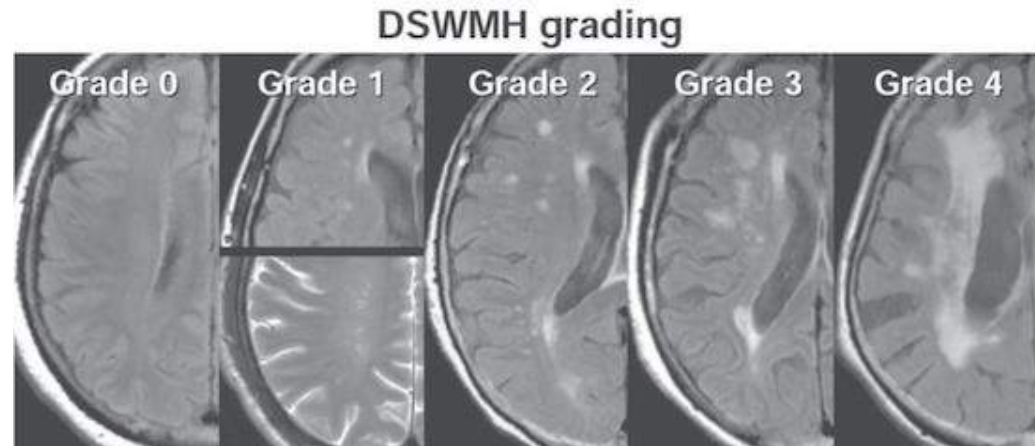
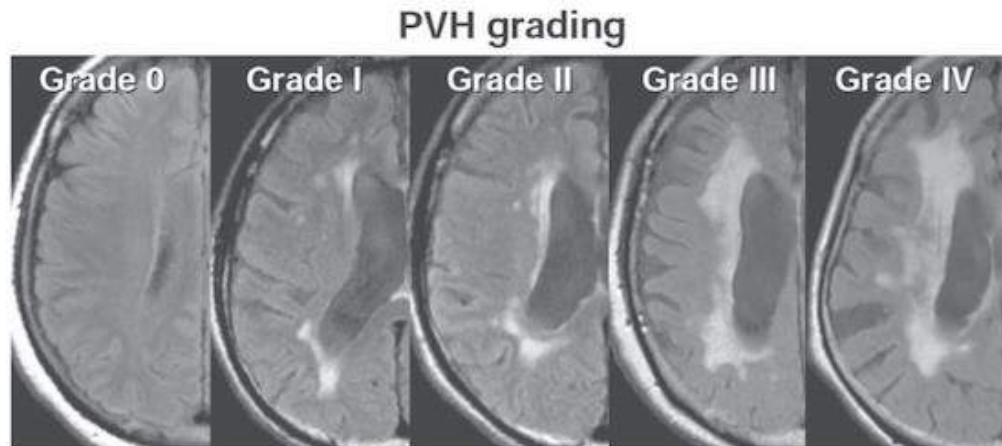


*1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択。
*2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に。

図1 | 病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム

血管性認知症(VaD)

- 脳血管障害に起因して生じ、加齢や生活習慣病が危険因子。
- 認知機能障害はただらに障害され、脳卒中に付随して階段状に増悪する。
- アルツハイマー型認知症との混合例が多い。
- 脳室周囲白質や深部・皮質下白質に高信号(FLAIR)を認める。
- 抗認知症薬は一定の効果を示す可能性はある。



レビー小体型認知症

- 大脳皮質に広範なLewy小体の出現と進行性認知症を特徴とする。
- 病初期には記憶障害が目立たない場合が少なくなく、注意障害、遂行機能障害、視空間認知機能障害などの評価が重要である。
- パーキンソニズム、歩行障害、自律神経症状、幻視、せん妄、睡眠障害(レム睡眠行動異常症)、うつなどの精神症状が、アルツハイマー型認知症の早期より多く見られる。
- 抗精神病薬への過敏性や失神、転倒など予後悪化に直接する因子が多い。



表 3 | DLB の臨床診断基準 (2017)¹³⁾

DLB の診断には、社会的あるいは職業的機能や、通常の日常活動に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である。初期には持続的で著明な記憶障害は認めなくてもよいが、通常進行とともに明らかになる。注意、遂行機能、視空間認知のテストによって著明な障害がしばしばみられる。

1. 中核的特徴(最初の 3 つは典型的には早期から出現し、臨床経過を通して持続する)

- ・ 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動
- ・ 繰り返し出現する構築された具体的な幻視
- ・ 認知機能の低下に先行することもあるレム期睡眠行動異常症
- ・ 特発性のパーキンソニズムの以下の症状のうち 1 つ以上：動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛

2. 支持的特徴

抗精神病薬に対する重篤な過敏性；姿勢の不安定性；繰り返す転倒；失神または一過性の無反応状態のエピソード；高度の自律機能障害(便秘、起立性低血圧、尿失禁など)；過眠；嗅覚鈍麻；幻視以外の幻覚；体系化された妄想；アパシー、不安、うつ

3. 指標的バイオマーカー

- ・ SPECT または PET で示される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
- ・ MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下
- ・ 睡眠ポリグラフ検査による筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認

4. 支持的バイオマーカー

- ・ CT や MRI で側頭葉内側部が比較的保たれる
- ・ SPECT、PET による後頭葉の活性低下を伴う全般性の取り込み低下 (FDG-PET により cingulate island sign を認めることあり)
- ・ 脳波上における後頭部の著明な徐波活動

Probable DLB は、以下により診断される

- a. 2 つ以上の中核的特徴が存在する
または
 - b. 1 つの中核的特徴が存在し、1 つ以上の指標的バイオマーカーが存在する
- Probable DLB は指標的バイオマーカーの存在のみで診断するべきではない

Possible DLB は、以下により診断される

- a. 1 つの中核的特徴が存在するが、指標的バイオマーカーの証拠を伴わない
または
- b. 1 つ以上の指標的バイオマーカーが存在するが、中核的特徴が存在しない

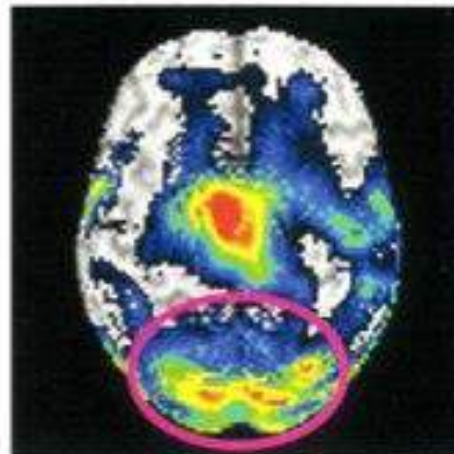
DLB の診断の可能性が低い

- a. 臨床像の一部または全体を説明しうる、他の身体疾患や脳血管疾患を含む脳障害の存在(ただし、これらは DLB の診断を除外せず、臨床像を説明する複数の病理を示しているかもしれない)
- b. 重篤な認知症の時期になって初めてパーキンソニズムが出現した場合

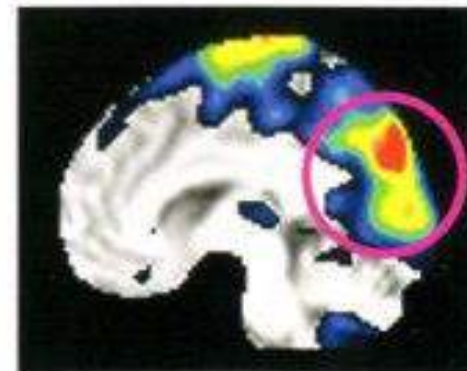
DLB は認知症がパーキンソニズムの前か同時に出現したときに診断されるべきである。PDD は、明らかな Parkinson 病の経過中に起こった認知症を記載するために用いられるべきである。実際の場合では、その臨床状況に最も適した用語が用いられるべきで、Lewy 小体病(Lewy Body Disease)といった総称がしばしば役立つ。DLB と PDD の区別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズム発症の 1 年以内の場合 DLB とする "1 年ルール" を用いることが推奨される。

レビー小体型認知症

真上からみた脳表面図



内側からみた右脳



後頭葉(○印)の血液の流れが低下しているのが特徴です。

[McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology. 2017 ; 89 : 1-13.]

レビー小体型認知症の薬物療法

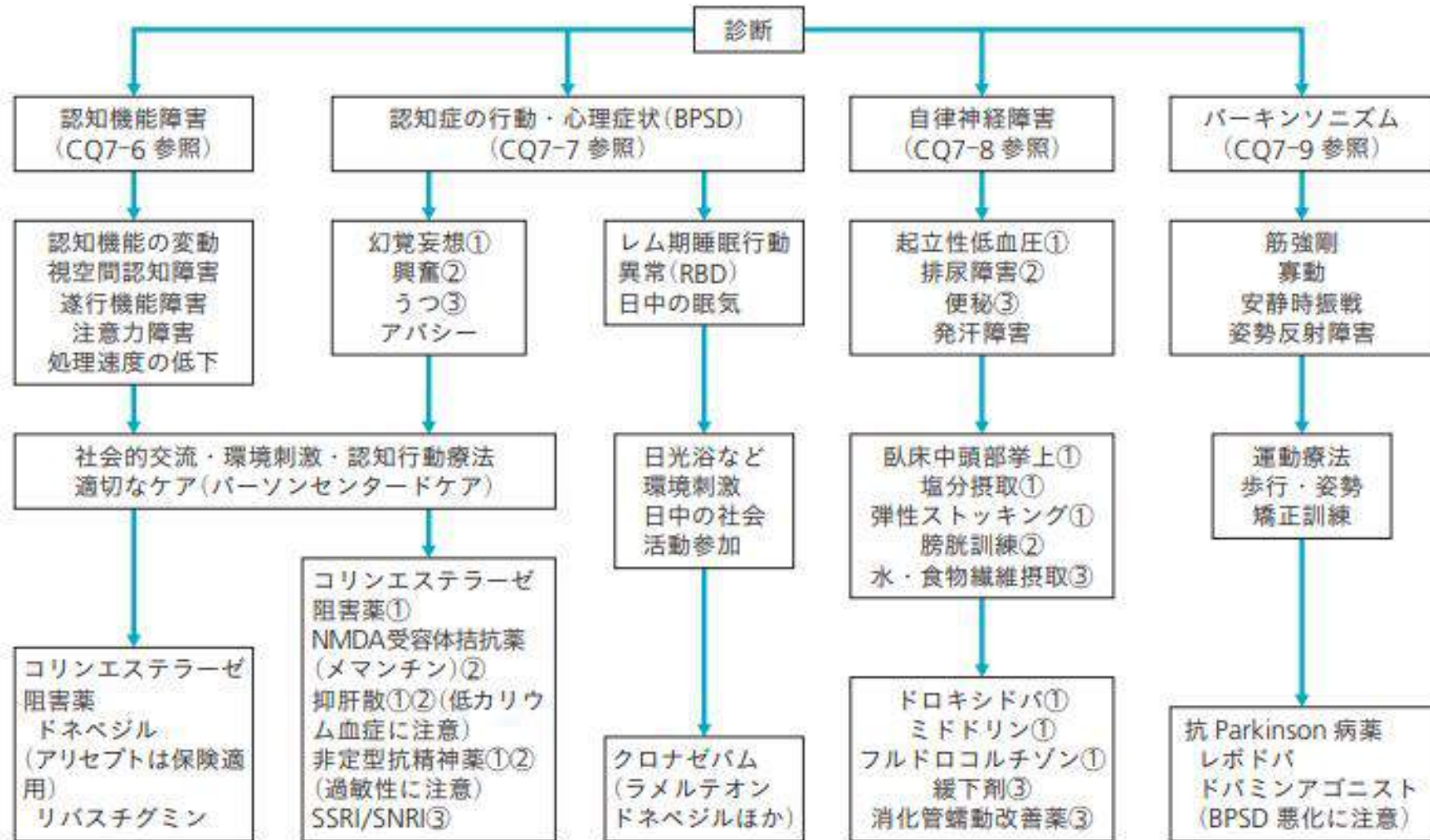


図 1 | DLB の臨床症状に応じた治療方針のアルゴリズム

図中の番号は症状と治療の対応関係を表す(例: ①の症状には①の薬剤を用いる)。一部の治療については適応外使用も含む。

前頭側頭型認知症(FTLD)

- 前頭葉と側頭葉を中心とする神経細胞の変性・脱落により、著名な行動異常、精神症状、言語障害などを特徴とする。
- 人格変化と行動障害が中心となる行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)、失語症が中心となる意味性認知症(SD)、進行性流暢性失語症(PNFA)に分類される。
- 行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)はエピソード記憶は比較的保たれるが、脱抑制、無為・無関心や共感性の欠如などの感情障害、常同行動や時刻表的な生活、食行動異常などの行動障害が早期より見られる。
- 意味性認知症(SD)は語想起障害、呼称障害を認める。
- 進行性流暢性失語症(PNFA)は発話量の低下、音韻性錯語を認める。

前頭側頭型認知症(FTLD)

- 特異的な薬物療法は存在しない。コリンエステラーゼ阻害薬は見解が一致しておらず、有効性を否定する報告や脱抑制の悪化を示した報告がある。NMDA受容体拮抗薬も行動異常が改善した報告はある。

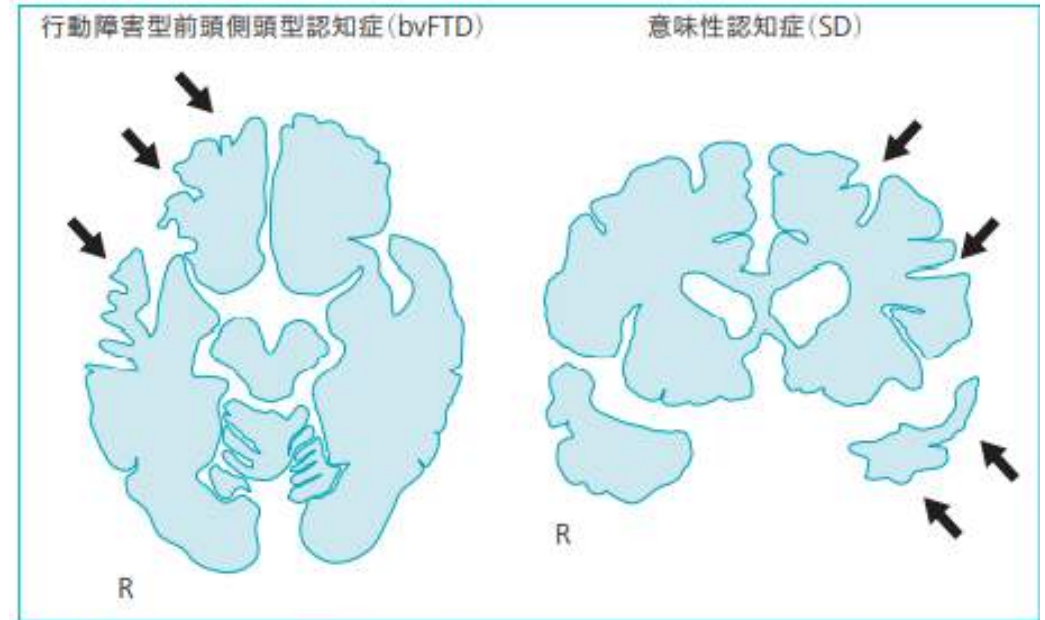
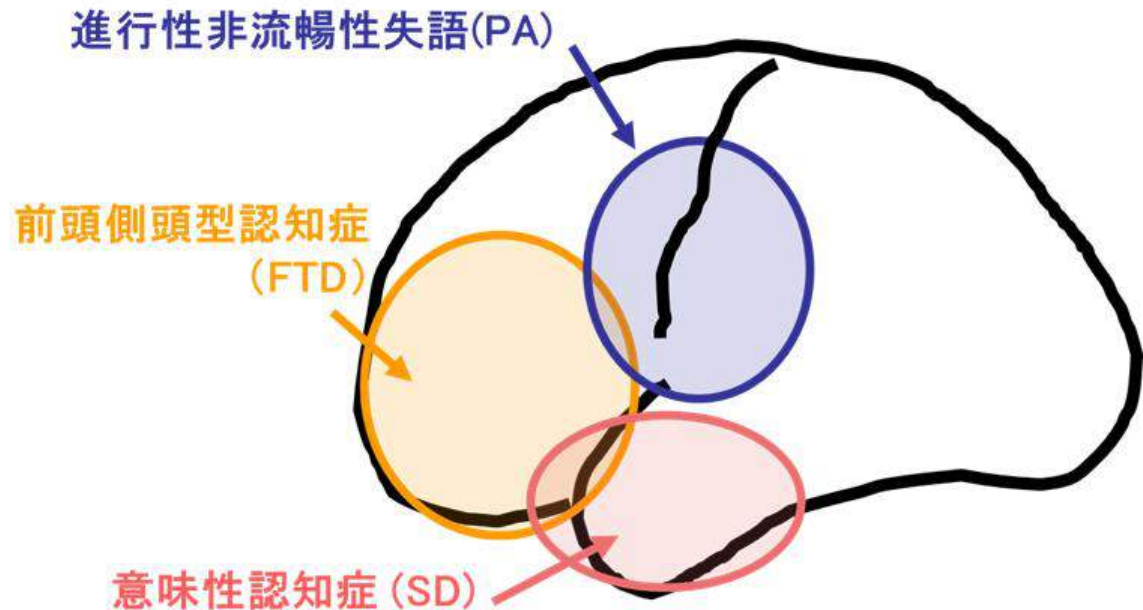


図 1 | 代表的な MRI 所見 (模式図)

前頭側頭型認知症(FTLD)の診断基準

表 1 | 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) の診断基準

- I. 神経変性疾患
(1)bvFTD の診断基準を満たすためには以下の症候を認めないといけない。
 - A. 進行性の異常行動と認知機能障害の両方またはいずれか一方を認める、もしくは病歴(よく知っている人からの情報提供)から確認できる。
- II. Possible bvFTD 基準を満たすためには次の行動/認知症症状(A~F)の3項目以上を認めなければならない。これらの症状は持続もしくは繰り返しており、単一もしくはまれなイベントではないことを確認する必要がある。
 - A. 早期の脱抑制行動 [以下の症状(A.1~A.3)のうちのいずれか1つを満たす]
 - A.1. 社会的に不適切な行動
 - A.2. 礼儀やマナーの欠如
 - A.3. 衝動的で無分別や無頓着な行動
 - B. 早期の無関心または無気力 [以下の症状(B.1~B.2)のうちのいずれか1つを満たす]
 - B.1. 無関心
 - B.2. 無気力
 - C. 共感や感情移入の欠如 [以下の症状(C.1~C.2)のうちのいずれか1つを満たす]
 - C.1. 他者の要求や感情に対する反応欠如
 - C.2. 社会的な興味や他者との交流、または人間的な温かさの低下や喪失
 - D. 固執・常同性 [以下の症状(D.1~D.3)のうちのいずれか1つを満たす]
 - D.1. 単純動作の反復
 - D.2. 強迫的または儀式的な行動
 - D.3. 常同言語
 - E. 口唇傾向と食習慣の変化 [以下の症状(E.1~E.3)のうちのいずれか1つを満たす]
 - E.1. 食事嗜好の変化
 - E.2. 過食、飲酒、喫煙行動の増加
 - E.3. 口唇的探求または異食症
 - F. 神経心理学的検査：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 [以下の症状(F.1~F.3)の全てを満たす]
 - F.1. 遂行課題の障害
 - F.2. エピソード記憶の相対的な保持
 - F.3. 視空間技能の相対的な保持
- III. Probable bvFTD 基準を満たすためには次のすべての項目(A~C)を認めなければならない。
 - A. possible bvFTD の基準を満たす
 - B. 有意な機能的低下を呈する [介護者の記録、Clinical Dementia Rating(CDR)による根拠、機能的行動質問スコア]
 - C. bvFTD に一致する画像結果 [以下の症状(C.1~C.2)のうちのいずれか1つを満たす]
 - C.1. 前頭葉や側頭葉前部に MRI/CT での萎縮
 - C.2. PET/SPECT での代謝や血流の低下
- IV. 確実な FTLD 病理を有する bvFTD 基準を満たすためには次の項目 A と B もしくは C を認めなければならない。
 - A. possible もしくは probable bvFTD の基準を満たす
 - B. 生検もしくは剖検にて組織学的に FTLD の根拠がある
 - C. 既知の病的変異がある
- V. bvFTD の除外判断基準
いかなる bvFTD の診断でも次の項目 A と B は「ない」と答えないとけない。C は possible bvFTD では陽性でもよいが、probable bvFTD では陰性でなければならない。
 - A. 障害パターンは、他の非神経変性疾患や内科的疾患のほうが説明しやすい
 - B. 行動障害は、精神科的診断のほうが説明しやすい
 - C. バイオマーカーが Alzheimer 型認知症やほかの神経変性過程を強く示唆する

表 2 | 意味性認知症の診断基準

- (1) 必須項目^{a)}：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。
 - ①対象物に対する知識の障害^{b)}(特に低頻度/低親密性のもので顕著)
 - ②表層性失読・失書^{c)}
 - ③復唱は保たれる。流暢性の発語を呈する。
 - ④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まれである
- (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) Alzheimer 病
 - 2) Lewy 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。

[厚生労働省：平成 27 年 7 月 1 日施行の指定難病(新規・更新)：前頭側頭葉変性症。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000079293.html>(2017.5.8.)]

注 1) 特徴的な言語の障害に対して、本人や介護者はしばしば「もの忘れ」として訴えることに留意する。

注 2) (行動異常型)前頭側頭型認知症と同様の行動障害がしばしばみられることに留意する。

- a) 例：これらの障害に一貫性がみられる。つまり、異なる検査場面や日常生活でも同じ物品、単語に障害を示す。
- b) 例：富士山や金閣寺の写真を見せても、山や寺ということは理解できても特定の山や寺と認識できない。信号機を提示しても「信号機」と呼称ができず、「見たことない」、「青い電気がついとるな」などと答えたりする。有名人や友人、たまにしか会わない親戚の顔が認識できない。それらを見ても、「何も思い出せない」、「知らない」と言ったりする。
- c) 例：団子→「だんじ」、三日月→「さんかづき」

前頭側頭型認知症(FTLD)の診断基準

表 3 | 非流暢性/失文法型失語の診断基準

以下の3つすべてを認める。

1. 言語の障害が最も顕著である
2. 言語障害は日常生活の障害の主要原因である
3. 失語は初発症状で、罹病早期は主症状である

以下の4つを認めない。

1. 症状の様式は他の非神経変性疾患もしくは内科的疾患でよく説明できる
2. 認知障害は精神疾患でよく説明できる
3. 顕著なエピソード記憶、視覚性記憶、視空間認知障害
4. 顕著な初期の行動障害

I. 臨床診断

中核症状：以下の1つ以上を認める。

1. 発話における失文法
2. 努力性で滞りのみられる発話、不規則な音韻の誤りや歪み(発語失行)を伴う

その他の症状：以下の2つ以上を認める。

1. 文法的に複雑な文の理解障害
2. 個々の単語理解は保たれる
3. ものについての知識は保たれる

II. 画像を含めた診断

以下の2つを認める。

1. 臨床診断が非流暢性/失文法型失語である
2. 画像は、以下の結果の1つもしくはそれ以上を認める
 - a. MRIにて左前頭葉後部から島優位の萎縮
 - b. SPECTもしくはPETにて左前頭葉後部から島優位の血流低下もしくは代謝低下

かかりつけ医のための B P S D に対応する 向精神薬使用ガイドライン(第2版)

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2版)

本ガイドライン作成の背景と目的

平成27年度厚生労働科学特別研究事業によるかかりつけ医500人の調査では、家族がもっとも困る症状はもの忘れと共に興奮性 BPSD であり、かかりつけ医の半数以上がそれらに対して抗精神病薬を処方しているとの結果であった。しかし、本ガイドライン初版を常時参考しているかかりつけ医は約10%のみであり、抗精神病薬使用の多くで家族からその同意を常に得ているかかりつけ医は28%であることも明らかとなった。

認知症に対する薬物治療は認知症原因疾患の適切な鑑別診断のもとに行われることが重要であり、必要に応じて認知症疾患医療センターなどの専門医療機関との連携のもとに、身近な存在のかかりつけ医が適切に使用することで認知症の人の QOL 向上につながると考えられる。今回は、各薬剤の有効性と副作用について明確に記載するなどの改訂を中心にしてガイドライン第2版を作成した。

ガイドライン第2版の利用にあたって

- 今回の改訂は治療アルゴリズムや各薬剤の有効性と副作用を中心に分かりやすく記載した小改訂であり、従来のガイドライン(初版)の継続利用も可能であるが、医療安全の観点から第2版の使用を推奨する。
- EBM に基づく認知症治療ガイドラインは既に日本神経学会を中心にまとめられたものがあるが、ここではそのエビデンスを踏まえてより実践的なガイドライン作成を意図した。
- まずは非薬物的介入をご家族や介護スタッフと検討し実施すること。その上でなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。
- 向精神薬(抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠導入薬など)は、認知症を専門とする医師による診断と治療方針を踏まえて使用されることを推奨する。
- 激しい BPSD と関連してご本人やご家族の生命や健康を損なうおそれがある場合は、各地区の認知症疾患医療センターとの連携を、また特に急を要する場合には精神科救急システムとの連携を推奨する。
- 本ガイドラインに基づく診療を継続する中で病状が悪化していると判断される場合は、認知症を専門とする医師や認知症疾患医療センターとの医療連携を図ることを推奨する。
- 継続使用で BPSD が軽快していると判断できる場合は、減量・中止の重要性に常に留意し、必要に応じて減量・中止を実施し、できるだけ長期使用は避けることを推奨する。
ただし、BPSD が軽快した段階での抗認知症薬の減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が増悪したとの報告もあることから、必要に応じて医療連携のもとご本人やご家族の理解を得ながら慎重に行うことを推奨する。

BPSD 治療アルゴリズム

まずアルゴリズムにより対応方針を確認すること

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（注1）
- 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（注2）

注1：激越、攻撃性、妄想、幻覚、抑うつ、錯乱、せん妄、等の精神症状は服用中の薬剤で引き起こされる可能性もある（特に、抗認知症薬（コリン分解酵素阻害薬、メマンチン）、H2 ブロッカー、第一世代抗ヒスタミン薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、三環系抗うつ薬、その他の抗コリン作用のある薬剤）。関連が疑われる場合には投与を中止するなど添付文書に準じた適切な処置を行うこと。薬剤については「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」（日本老年医学会）を、せん妄の治療については「せん妄の治療指針第2版（日本総合病院精神医学会）」を参照されたい。

< 抗認知症薬を含め保険適応外使用が多いので、次ページ以降の各薬剤の解説を参照すること >

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、保険適用上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやコリン分解酵素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（注3）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（次頁参照）。

抑うつ症状 アパシー（無為）

コリン分解酵素阻害薬を用い、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うえで、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。

抗精神病薬

アルツハイマー病を始め認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減量、中止が可能を検討する。

【有効性の評価】

幻覚・妄想に対して、リスベリドン、オランザピン、アリピプラゾールなどの使用を推奨する。クエチアピンの使用を検討してもよい。レビー小体型認知症のBPSDに対して、クエチアピンとオランザピンの使用を考慮してもよい。
不安に対して、リスベリドン、オランザピンの使用が推奨され、クエチアピンの使用を考慮してもよい。
焦燥性興奮（agitation）には、リスベリドン、アリピプラゾールは有効性が実証されており使用を推奨する。オランザピンについては使用を検討してもよい。チアプリドも興奮や攻撃性に対する有効性が報告され、脳梗塞後遺症に伴う精神興奮・徘徊・せん妄に保険適応もあるため考慮してもよい。
暴力や不穏に対して抗精神病薬の使用を考慮してもよい。
睡眠障害に、リスベリドンの使用を考慮してもよい。
徘徊に対するリスベリドンの使用を考慮してもよいが、科学的根拠が不十分である。
性的脱抑制に、抗精神病薬の使用を考慮するが、科学的根拠は不十分である。

なお、保険適応外使用にはなるが、クエチアピン、ハロペリドール、ペロスピロン、リスベリドンに関しては、原則として、器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・器質性に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認めるとの通達がある（2011年9月28日、厚生労働省保険局医療課長、保医発0928第1号。社会保険診療報酬支払基金、第9次審査情報提供）。

【副作用】

高齢認知症患者への抗精神病薬投与により死亡率が1.6～1.7倍高くなる（米国食品医薬品局（FDA）、2005年及び2008年）。また、転倒や骨折のリスクも高まるので注意を要する。
よくみられる副作用として、悪気、ふらつき、過鎮静、歩行障害、嚥下障害、構音障害、舞動、便秘、起立性低血圧、食欲低下などがあるので注意する。

【留意点】

（必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。）

- 低用量で開始し、症状をみながら漸増すること。
- 副作用の発現が少ないセロトニン・ドパミン受容体拮抗薬もしくはドパミン受容体部分拮抗薬を使用する。
- 抗精神病薬の併用（2剤以上）は避ける。
- 2週間位の時間をかけて薬効を評価する。症状を完全に消滅させるまで増量するのではなく、QOL 確保の観点から非薬物療法との併用のもと維持用量を検討する。
- 副作用を認めたら速やかに減量もしくは中止を検討する。急性症状群など重篤な副作用が出現した時は速ちに中止する。
- 抗精神病薬の副作用は、使用開始後の早期に出現する場合は見つけやすいが、一ヶ月以上もしくはさらに長期に使用している段階で出現することもあるので注意すること。

作用機序	薬剤名	対象となるBPSDの症状	注意点	半減期（時間）	用量（mg）*
セロトニン受容体・ドパミン受容体拮抗	リスベリドン	・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。 パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLB に対して使用を考慮してもよい。 鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLB に対して使用を考慮してもよい。 鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体部分拮抗	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。 鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

*用量は添付文書、国外の文献およびエキスパートオピニオンを参考 DLB：レビー小体型認知症

非薬物療法

表 1 | 認知症の非薬物的介入

認知症者への介入	認知機能訓練、認知刺激、経皮的電気刺激療法(経頭蓋、末梢)、運動療法、音楽療法、回想法、ADL訓練、マッサージ、レクリエーション療法、光療法、多感覚刺激療法、支持的精神療法、バリデーション療法、鍼治療、経頭蓋磁気刺激法、筋弛緩法 など
介護者への介入	心理教育、スキル訓練、介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア、介護者のセルフケア、認知行動療法 など

表 2 | 非薬物療法の概説

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を、紙面やコンピュータを用いて行う。個人療法とグループ療法がある。
認知刺激	元来は、リアリティオリエンテーションから発展してきたもの。認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした、活動やディスカッション(通常はグループで行う)などのさまざまな関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する介入法としての集団リアリティオリエンテーションは、近年では、認知刺激に属するものとするものも多い。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、その目標に向けて戦略的に、セラピストが患者や家族に対して個人療法を行う。日常生活機能の改善に主眼が置かれ、障害された機能を補う方法を確認する。

非薬物療法

運動療法	多種多様なプログラムが存在する。週2回～毎日、20～75分程度のプログラムが報告されている。運動の内容は、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などに分類され、これらの複数の運動を組み合わせることでプログラムを構成することが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在する。週1～5回、10～60分のプログラムが報告されている。音楽を聴く、歌う、打楽器などの演奏、リズム運動などの方法があり、これらを組み合わせることでプログラムを構成することが多い。
回想法	高齢者の過去の人生の歴史に焦点をあて、ライフヒストリーを聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて、心を支えることを目的としている。
認知行動療法	この場合、「認知」とは、物事の受け取り方や考え方を指し、精神状態が不安定なときに歪みがちな認知を修正することで、ストレス軽減を図る精神療法の技法の1つである。認知症診療の場面では、介護者に対する介入法として試みられているが、エビデンスレベルは高くない。

表3 | 認知症者のケア

パーソンセンタードケア	認知症をもつ人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケアの考え方。認知症者の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活歴、健康状態、心理・社会的背景などの多様な面から捉えて理解しようとするもの。
バリデーション療法	認知症者の虚構の世界を否定せずに感情を共有し、言動の背景や理由を理解しながら関わる手法。認知症の進行ステージに合わせて、言語的および非言語的コミュニケーション技法が示されている。

高齢運転者

運転を続けるシニアの皆様へ

明るく元気に
安全運転！

過去3年間に
一定の交通違反歴
のある75歳以上の
ドライバーが対象

改正道路交通法の施行により
**高齢運転者の
免許証更新時の
運転技能検査が
義務化されます！**

令和4年**5月13日**より施行

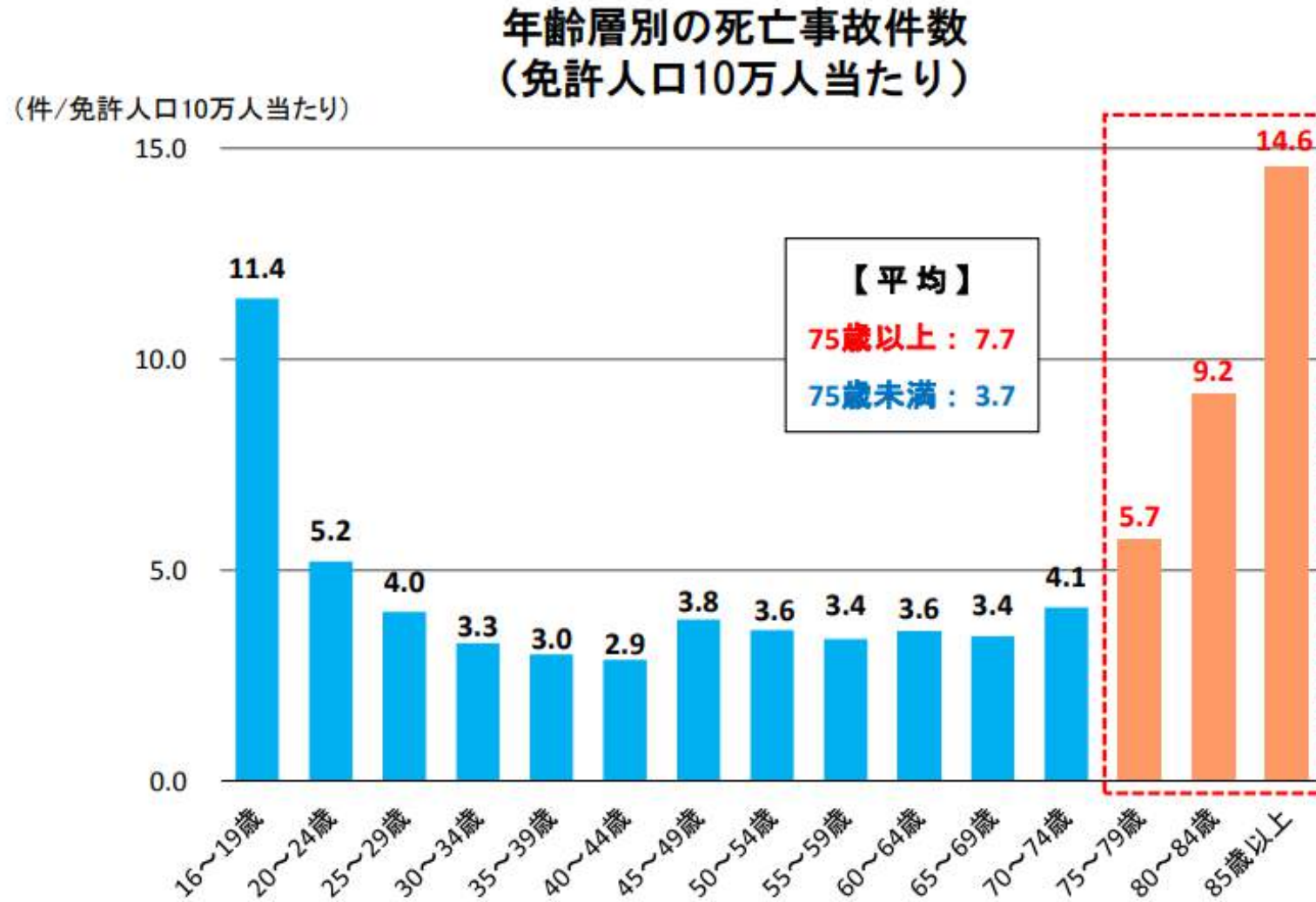
運転免許証更新の際の手続が変更になります。
75歳以上で過去3年間に信号無視などの一定の違反歴がある方は、免許証更新時に運転技能検査の受検が義務化されます。また、運転に不安を感じるものの運転を継続したいという方については、より安全な車のみ運転を継続できる「サポートカー限定免許」の申請が可能になります。詳細はお住まいの都道府県の運転免許センター等にお問い合わせください。

警察庁・都道府県警察

R100
SAFETY BY DESIGN

- 免許人口当たりの死亡事故件数を見ても、75歳以上の高齢運転者は、75歳未満の運転者と比較して死亡事故が多く発生している。

図 年齢層別の免許人口10万人当たり死亡事故件数(原付以上第一当事者)(平成29年)

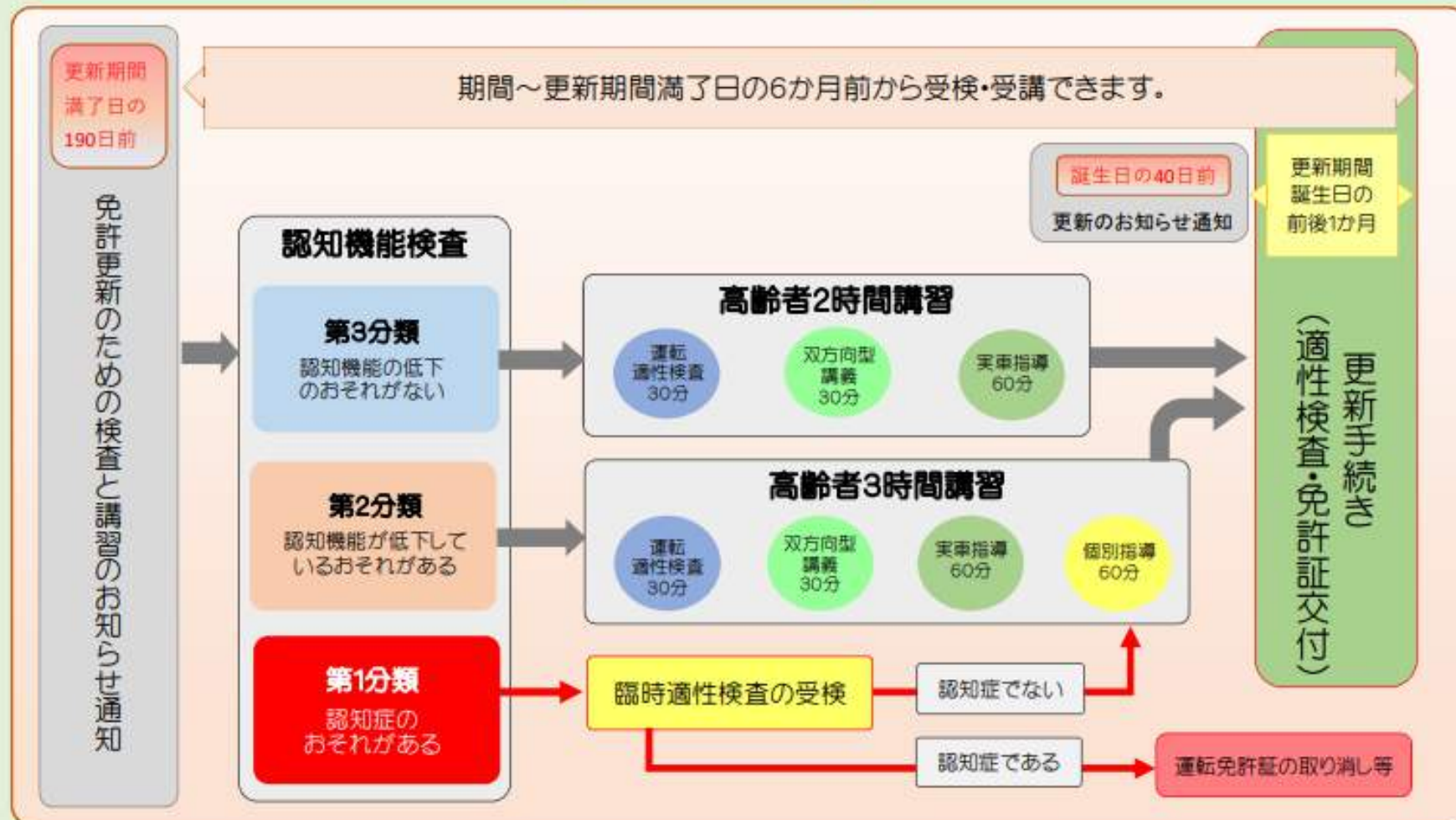


※ 平成29年12月末の運転免許保有者数で算出した。

2022年5月13日改正 道路交通法

【75歳以上の者の運転免許更新手続の流れ】

～改正前～



～改正後～

更新期間満了
日の190日前

期間～更新期間満了日の6か月前から受検、受講できます。(順不同)

誕生日の40日前
更新のお知らせ通知

更新期間
誕生日の
前後1ヵ月

免許更新のための検査と講習のお知らせ通知

① 認知機能検査 ※1

認知症のおそれなし

認知症のおそれがある

臨時適性検査
の受検
(診断書の提出)

認知症でない
認知症である

運転免許証の
取り消し等

② 高齢者講習 (2時間)

運転適性検査
30分

講義(座学)
30分

実車指導
60分

※2

③ 運転技能検査 (該当者のみ)

合格

不合格

繰り返し受検可

※3

更新手続き (適性検査・免許証交付)

運転技能検査が導入されます

過去3年以内に一定の違反がある方が対象となります。
運転技能検査に合格しない場合、免許の更新はできません。
免許更新手続期限まで複数回受検可能です。

運転技能検査の対象となる一定の違反行為

- ① 信号無視
- ⑤ 横断等禁止違反
- ⑩ 横断歩行者等妨害等
- ② 通行区分違反
- ⑥ 踏切不停止等・遮断踏切立入り
- ⑪ 安全運転義務違反
- ③ 通行帯違反等
- ⑦ 交差点右左折方法違反等
- ⑫ 携帯電話使用等
- ④ 速度超過
- ⑧ 交差点安全進行義務違反等

(75歳以上の運転免許を持っている方が、いずれ重大事故を起こす可能性が高い違反)

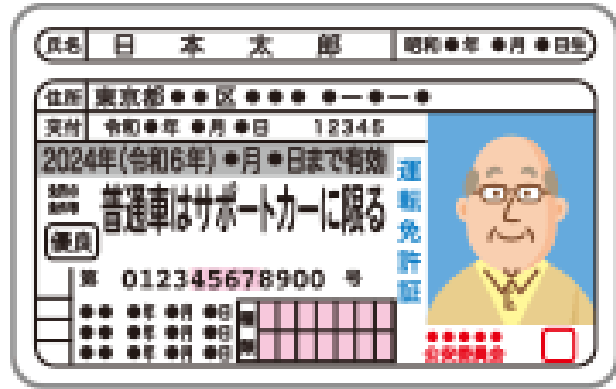
活用しましょう! あらたな選択肢サポートカー限定免許制度※

運転に不安を感じる方に対して、運転免許証の自主返納だけでなく、**より安全なサポートカーに限定して運転を継続する**という新たな選択肢を設ける趣旨の制度です。**サポートカー限定免許の申請は、運転免許証の更新時に併せて行うことが可能**です。サポートカーのリストは警察庁ウェブサイトをご覧ください。

警察庁サイト
サポートカーリスト



※サポートカーとは一定の要件を満たす衝突被害軽減ブレーキ等の安全運転支援装置を備えた普通自動車をいいます。
※サポートカーであっても、車の機能を過信することなく、安全運転に努めなければなりません。
※サポートカー限定免許にした方がサポートカー以外の自動車を運転した場合、条件違反となり、罰則の対象となります。



※免許証はイメージです。

※1 認知症に関する医師の診断書を提出することで認知機能検査に代えることができます。

※2 運転技能検査の対象の方及び原付、二輪、小特、大特だけの免許をお持ちの方は、実車指導なし「1時間講習」となります。

※3 一定の違反歴がある方が対象で、これに合格しないと更新できません。不合格であっても普通車を運転できる免許を返納して原付等にする場合は更新可能。

加齢による「運転リスク」とは？

視野障害や身体機能低下、筋力の衰えなどにより、運転時の操作ミスが起こりやすくなります。ハンドルやブレーキなど不適切な操作による交通事故の割合は、75歳以上の高齢者は一般ドライバーの約2倍！（2015年）

視野障害の進行例



信号や標識が見えなくなっています

【視野について】特に運転には目からの情報が重要です。安全運転のためには「良好な視力」だけでなく「十分な視野（見えている範囲）」が必要です。加齢とともに「視野」が狭くなったり部分的に見えなくなる病気になる人が増加しますが、自覚症状がほとんどなく、視力が良くても視野が狭くなっていることがあります。

「こんな症状」が出た時が要注意！

- 右左折のウインカーを間違えて出したり 忘れたりする
- 歩行者、障害物、他の車に注意がいかないことがある
- カーブをスムーズに曲がれないことがある
- 車庫入れの時、塀や壁をこすることが増えた

そろそろ自主返納を
考えてみようかな…？



「若い頃とちょっと違うな」「おかしいな」と感じたら、自主返納の時期です。

運転免許証の「自主返納制度」とは？

運転免許が不要になった方、運転に不安を感じるようになった高齢ドライバーの方が、自主的に運転免許証の全部または一部を返納することができる制度です。

自主返納の後は「運転経歴証明書」の交付が受けられます

運転経歴証明書は、運転免許を返納した日からさかのぼって5年間の運転に関する経歴を証明するもので、これまで安全運転に努めてきた証明や記念の品となるものです。平成24年4月1日以降に交付された運転経歴証明書は、運転免許証に代わる公的な本人確認書類として、永年、利用することができます。

運転経歴証明書を所持していると、「さまざまな特典」が受けられます

自主返納後の移動手段や生活が不安という高齢ドライバーとご家族が、マイカーに依存することなく充実した生活を続けられるよう、自治体や事業者等による地域の実情に応じた支援の輪が広がっています。

タクシー、バスの
運賃割引

商品券の贈呈

百貨店の
宅配料金の割引

美術館、飲食店の
料金割引

※自治体により異なります。

自主返納手続き窓口のご案内

各都道府県の
警察署、運転免許センター、試験場へお問い合わせください。

<http://www.npa.go.jp/link/prefectural.html>

おじいちゃん
車の運転は
大丈夫？

運転免許を自主返納する
高齢ドライバーが増えています

そろそろ
考えてみるか
返納のこと…



高齢者の交通安全について、家族で話し合ってみませんか？

ご存知ですか？ 運転免許証の自主返納制度

「高齢のため、運転が不安…」という方が、運転免許証を自主的に返納できる制度です。

返納後は、安全運転に努めてきた証として「運転経歴証明書」を交付してもらいましょう

運転免許証の全部を有効期間内に返納すると、公的な身分証明書として使える「運転経歴証明書」の交付を受けることができます。（交付には手数料がかかります。）「運転経歴証明書」を所持していると、バス・タクシーの乗車運賃割引など、さまざまな特典があります。

運転経歴証明書を提示して受けられる各種特典のご案内 ▶ <http://www.zensiren.or.jp/kourei/>

運転適性相談窓口の
ご案内

高齢や病気等で運転を続けることに不安のある方や、その家族の方のための相談窓口を設けています。くわしくは、最寄りの警察署または運転免許センターまでお問い合わせください。

<https://www.npa.go.jp/>

自主返納しても高齢者が安心して暮らせる環境を社会全体でつくりましょう



高齢者交通安全サポーター一覧

愛知県警察 交通総務課

令和4年12月16日時点

区分	企業（店舗）名	特典内容	運転経歴	ももカード		
チェーンストア	イオンリテール株式会社 (県下20店舗)	店名（即日使実施店舗一覧）	基本料金	運転免許証返納者 特典内容	○	-
		メイトピア店	一律300円	2,000円以上購入の場合配送料1箱目100円 2箱目以降200円		
		名古屋東店	一律300円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円		
		ワンダーシティ店	2,000円以上購入の場合配送料300円 2,000円未満の場合400円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円		
		大高店	2,000円以上購入の場合配送料300円	3,000円以上購入の場合配送料200円 (名古屋市緑区内のみ配送)		
		新瑞穂店	一律500円	一律400円		
		名古屋茶谷店	一律300円	一律100円		
		岡崎店	一律300円	一律100円		
		守山店	3,000円以上購入の場合配送料200円 3,000円未満の場合300円	一律100円		
		木曽川店	3,000円以上購入の場合配送料200円 3,000円未満の場合300円	3,000円以上購入の場合配送料100円 3,000円未満の場合200円		
		春日井店	一律300円	3,000円以上購入の場合配送料100円 3,000円未満の場合200円		
		小牧店	3,000円以上購入の場合配送料200円 3,000円未満の場合300円	3,000円以上購入の場合配送料100円 3,000円未満の場合200円		
		高橋店	一律300円	一律200円		
		東浦店	3,000円以上購入の場合配送料300円 3,000円未満の場合400円	3,000円以上購入の場合配送料100円 3,000円未満の場合200円、		
		瀬戸みずの店	一律300円	3,000円以上購入の場合配送料100円 3,000円未満の場合200円		
		豊川店	一律300円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円		
		三好店	2,000円以上購入の場合配送料300円 2,000円未満の場合400円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円		
常滑店	一律300円	一律100円				
田原店	2,000円以上購入の場合配送料200円 2,000円未満の場合300円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円				
豊橋南店	2,000円以上購入の場合配送料200円 2,000円未満の場合300円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円				
長久手店	2,000円以上購入の場合配送料300円 2,000円未満の場合400円	2,000円以上購入の場合配送料100円 2,000円未満の場合200円				
車買取	ユーカーパック株式会社	車買取 20万円超で1万円、20万円以下で5千円のカatalogギフト フリーダイヤル「0120-020-033」に連絡をして、 「免許返納によるサービス利用です」とお伝えください。	○	-		
	廃車買取おもいでガレージ	特典①買取保障(普通車1万円以上、軽自動車5千円以上で買取保障) 特典②買取金額を増額(普通車+5千円、軽自動車+3千円) ※離島、一部地域を除く ※運転経歴証明書のご本人、もしくはご家族が対象となります。	○	○		
薬局	(株)スギ薬局 (県下354店舗)	5%割引(商品1品) ※除外商品有	○	○		
	宅配クックワン・ツゥ・スリー (県下21店舗)	無料チケットプレゼント(愛知県内の配達エリア内で、初回に限る)	○	-		
	ヨシケイ愛知 (県下4店舗)	粗品プレゼント配達エリア内で初回に限る。	○	-		
	スガキヤ (県下160店舗)	「スガキヤまるごとミニセット」90円引き	○	-		

愛知県では他にもマクドナルド、矢場とんなど計2P分の特典があります。

高齢者交通安全サポーター一覧

愛知県警察

令和4年1月31日時点

警察署	区分	企業（店舗）名	特典内容	運転経歴	ももカード	
稲沢	飲食店	モスバーガー 稲沢アクロスプラザ店	コーヒーチケット（1100円分）プレゼント。ただし、稲沢・津島・蟹江警察署いずれかにおいて運転経歴証明書の交付を受けた際、希望者に配布される引換券を持って店舗で交換する。	○	—	
	スポーツジム	スポーツクラブNAS 稲沢店	入会金4,400円、入会事務手数料4,400円合計8,800円が無料	○	○	
	タクシー	稲沢タクシー(株)	70歳以上、運賃1割引			
		名鉄西部交通(株)				
山下運送(株)						
冠婚葬祭	株式会社かとう	セルカホール稲沢 セルカホール駅前 桜木の森	入会金10,000円が無料 すでに入会の方は同等の特典あり			

* 当該警察署管内に、事業所を置くタクシー事業所のみ掲示しています。

● この他にも、高齢者交通安全サポーター企業があります。「愛知県内サポーター一覧」、「業種別一覧」もご覧ください。

高齢者交通安全サポーター
「運転経歴証明書」又は「ももカード」
提示による特典があります

運転経歴証明書
運転免許を自主返納した日前5年間の運転経歴について、優良運転者、一般運転者等の区分に準じた区分により表示するカード（書面）です。

ももカード
交通安全上模範となる高齢者の方々に、警察官が交付する啓発カードです。

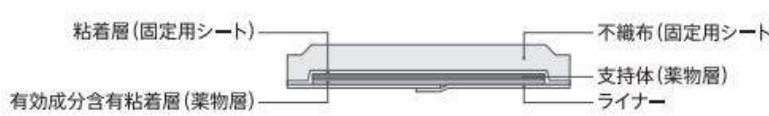


この店舗は愛知県警察の「運転経歴証明書」又は「ももカード」所有者に対する優遇制度に協力しています。



交通安全を高め、運転（免許）になろう
愛知県警察ホームページ「交通安全」-「高齢者交通安全サポーター」を掲載ください
www.pref.aichi.jp/police
～QRコードはこちら～



アリドネパッチ(ドネペジルの貼付剤)

販売名		アリドネ®パッチ 27.5mg	アリドネ®パッチ 55mg
外形	断面図		
	製品写真		
大きさ	固定用シート	81mm×81mm 面積:63cm ²	89mm×134mm 面積:115cm ²
	薬物層	67mm×67mm 面積:44cm ²	75mm×120mm 面積:88cm ²

6. 用法及び用量

通常、軽度～中等度のアルツハイマー型認知症患者にはドネペジルとして、1日1回27.5mgを貼付する。高度のアルツハイマー型認知症患者にはドネペジルとして、27.5mgで4週間以上経過後、55mgに増量する。なお、症状により1日1回27.5mgに減量できる。

本剤は背部、上腕部、胸部のいずれかの正常で健康な皮膚に貼付し、24時間毎に貼り替える。

●軽度～中等度アルツハイマー型認知症

アリドネ®パッチ27.5mg

●高度アルツハイマー型認知症

アリドネ®パッチ27.5mg

アリドネ®パッチ55mg
(症状により、アリドネ®パッチ27.5mgに減量可能)

4週間以上

維持用量

参考資料

統計からみた我が国の高齢者―「敬老の日」にちなんで―

<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1320.html>

認知症疾患診療ガイドライン2017

https://neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html

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2版)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000135953.html>

内閣府交通安全白書

<https://www8.cao.go.jp/koutu/taisaku/index-t.html>

[令和4年5月13日施行改正道路交通法について 警視庁 \(tokyo.lg.jp\)](https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/menkyo/oshirase/kaisei.html)

<https://www.keishicho.metro.tokyo.lg.jp/menkyo/oshirase/kaisei.html>

[高齢者交通安全サポーターとは - 愛知県警察 \(pref.aichi.jp\)](https://www.pref.aichi.jp/pref.aichi.jp)

<https://www.pref.aichi.jp/pref.aichi.jp>

認知症ハンドブック(中島健二 他) 等

ご清聴ありがとうございました。