

認知症の医療・介護に関わる専門職のための

「前頭側頭型認知症 & 意味性認知症」 こんなときどうする！ 保存版



大阪市

目次

保存版改編にあたって.....	i
はじめに（初版・第2版）.....	ii
1 病気について.....	1
(1)前頭側頭葉変性症	中西 亜紀
(2)行動障害型前頭側頭型認知症	金本 元勝
(3)意味性認知症	中西 亜紀
(4)行動障害型前頭側頭型認知症の薬物療法	河原田 洋次郎
(5)非薬物療法：作業療法	渡邊 安澄
2 接し方の基本.....	18
(1)行動障害型前頭側頭型認知症	長谷川 美智子
(2)意味性認知症	中西 亜紀
3 こんなとき.....	23
(1)行動障害型前頭側頭型認知症	
1)周 徊（常同的周遊）	
歩かすにはられない！	長谷川 美智子
2)常同行動	
同じことを繰り返してしまう！	元田 克巳
3)被影響性の亢進	
見えたこと・聴こえたことに反応してしまう！	元田 克巳
4)食行動異常	
甘いものばかり食べたい！	森本 早苗
5)自発性の低下①	
あっという間に動けなくなってしまった！	森本 早苗
(2)意味性認知症.....	34
1)語義失語	
話していることが伝わらない！	中村 里江
2)口唇傾向	
何でも口に入れてしまう！	山田 真
3)自発性の低下②	
まだまだできる を見逃さない	池田 尚史
4 ケアマネジメント.....	40
	福井 美穂
略語一覧／参考文献・資料／本誌関連著書・学会発表.....	45

*事例の本文中の名前は仮名です

保存版改編にあたって

認知症の医療・介護も日々新しいものになっています。

このたび発行の本冊子では、日本神経学会監修（認知症関連5学会協力）の「認知症疾患診療ガイドライン2017」の考え方に基づいて、第2版までの内容を修正し、病名も「前頭側頭型認知症(FTD)」を「行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)」と分類しました（詳細は、P.2「(1)前頭側頭葉変性症」を参照ください）。

ただし、本冊子のタイトルについては、平成25年3月から発行してきた内容を保存版として一部改編し発行するものであることを表すため、編集上の方針として保存版タイトルにある「前頭側頭型認知症」は修正しないこととしました。

本冊子が、みなさまの日常のケアに少しでも役立つことを、そして、この病気とともに生きる方々の生活が、より過ごしやすいものになりますことをこころから願って筆をおきたいと思えます。

令和2年1月

執筆者一同

はじめに（初版）

認知症高齢者が推計で 300 万人に達し、従来の予測を上回るペースで増えています。この背景には急速な高齢化と医学診断の進歩、進行を遅らせる薬の開発や認知症の啓発が進み、受診者が増えたことや社会の関心が高まったことが考えられます。

大阪市においても平成 24 年 11 月末で、何らかの介護支援を必要とする認知症高齢者は 57,521 人で、この数字は介護認定を受けた人に限っていることから、潜在的ニーズはもっと多いものと考えられます。認知症高齢者は今後さらに増加する予測にあり、大阪市では認知症高齢者支援を重点的課題の一つと位置づけ、種々の施策に取り組んでいるところです。

前頭側頭葉変性症は集団生活になじみにくく、認知症ケアのなかでも未だ手探りの状況にあり、参考書的なものもありません。

そのため、新しい認知症介護モデルの構築など、これまでに大阪市立弘済院で認知症の専門的医療・介護機能の一体的な提供により培ってきた技術・ノウハウを市域に働く医療・介護の専門職の方に、認知症のなかでも対応が難しいと言われる前頭側頭型認知症と意味性認知症のケアで「こんなときどうする！」というときの参考になればと思い、冊子を作成しました。

認知症の方々が、その人らしく安心して暮らしていけるために、医療・介護の関係者の一人でも多くの方に、認知症ケアの参考にしていただければ幸いです。

平成 25 年 3 月

大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課
大阪市立弘済院

はじめに（第2版）

65歳以上の認知症の方については、2012（平成24）年で462万人と推計されており、「団塊の世代」が75歳を迎える2025（平成37）年には、65歳以上の高齢者の約5人に1人である700万人が認知症となることを見込まれています。

大阪市においては、2015（平成27）年3月末現在で何らかの介護支援を必要とする認知症の方は66,880人で、この数字は介護認定を受けた人に限っていることから、潜在的ニーズはもっと多いものと考えられます。認知症の方は今後さらに増加すると予測され、大阪市では認知症の方への支援を重点的課題の一つと位置づけ、種々の施策に取り組んでいるところです。

大阪市立弘済院には、認知症専用棟の特別養護老人ホーム、また病院に認知症疾患医療センターが設置され、認知症の専門的医療・介護機能の一体的な提供をおこなってきており、多くの前頭側頭型認知症や意味性認知症の方を診断・治療・支援してまいりました。認知症の中でも、前頭側頭型認知症と意味性認知症は集団生活になじみにくく、ケア方法も未だ手探りの状況で、標準的な教科書類もまだまだ少ない状況です。そこで、これまでに弘済院で得られた知見を、認知症の方を支援する医療・介護の専門職の方の「こんなときどうする！」というときの参考にさせていただきたいと考え、平成25年度に冊子を作成いたしました。その後の時間の経過の中で、新たに改訂が必要な事項が生じてまいりましたので、このたび改訂版を発行いたしました。

認知症の方が、その人らしく安心して暮らしていけるために、医療・介護の関係者の一人でも多くの方に、認知症ケアの参考にいただければ幸いです。

平成28年3月

大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課
大阪市立弘済院



1 病気について



1

前頭側頭葉変性症 (FTLD)

前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD) は、神経変性疾患*1 の1つで前頭葉から側頭葉前方を中心にして病気がおこり、主に行動障害や言語障害を生じてくる認知症の病理学的 (病気の診断や原因の解明のために、解剖したり顕微鏡を用いて研究する) な分類名です。ここ数十年、この領域では分類が変遷してきたため、本冊子では、日本神経学会監修 (認知症関連 5 学会協力) の「認知症疾患診療ガイドライン 2017¹⁾」に基づく、現時点での考え方をご紹介しますと考えます。

日々の診療やケア場面での考え方は、症状や MRI/CT などの検査に基づく「臨床診断」であり、解剖などによる病理学的な判断はしていません。臨床診断のための分類としては、1996 年に Snowden らの分類に続き、1998 年に Neary らが臨床診断徴候を示し、図 1 のように分類されて今日まで長く使われてきました。これらの分類では、病気の中心がどこにあるかによって、前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia: FTD)、進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA)、意味性認知症 (semantic dementia: SD)、の 3 型に分類されてきました^{1,2)}。

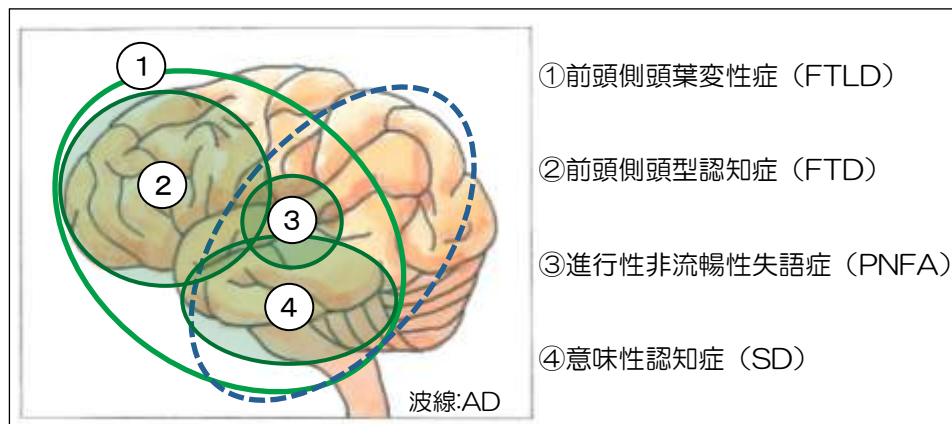


図 1. 前頭側頭葉変性症の概念

その後、2011年に Rascovsky らが、FTDC (International Behavioral Variant FTD Criteria Consortium) 基準を提示し、図1のFTDを行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioral variant frontotemporal dementia: bvFTD) とするこの分類が使われるようになりました。1892年の Arnold Pick の報告による「前頭葉、側頭葉に著明な限局性萎縮を呈する緩徐進行性の認知症疾患『Pick 病』」はこの bvFTD に含まれます。SD および PNFA に関しては、あらたな診断基準はまだそれほど定着しておらず、「認知症疾患診療ガイドライン2017」では、指定難病における認定基準を採用しています。bvFTD では認知症の行動・心理症状 (BPSD) が前景にたち、SD、PNFA では発症早期に言語障害が中心にみられます。以上の経過の中で、「FTD」という用語の使い方がわかりにくくなっています。現場では、病理診断名の前頭側頭葉変性症 (FTLD) とほぼ同義に臨床診断病名として、bvFTD、PNFA、SD を包括的に用いられている場合があります (図2)^{1,2)}。

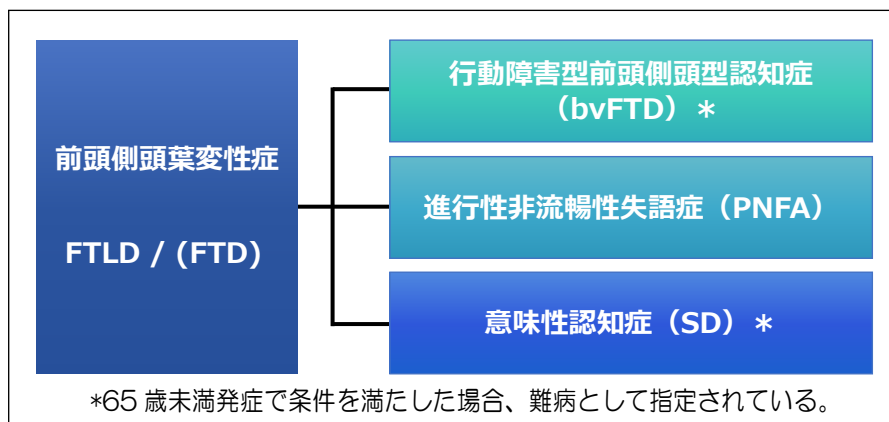


図2 前頭側頭葉変性症の分類の現況

この病気の1群 (FTLD) で脳内に生じていることは、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease dementia: AD) とは全く異なります。脳に蓄積する主なたんぱく質はタウや TDP-43 (43kDa TAR DNA 結合蛋白) などですが、病理と臨床症状は十分一致しておらず、未解明な部分が多いのが現状です^{1,2)}。

発症年齢は、AD と比べて bvFTD と SD は比較的若いとする報告が多くみられています。性差は、bvFTD で男性に多いという報告が散見されますが、男女差はないという報告もあり明らかではありません^{2,4)}。

罹病期間は AD と比較して比較的短いと考えられていますが、特に運動ニューロン疾患型前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia and motor neuron disease：FTD-MND；《認知症を伴う筋萎縮性側索硬化症：ALS-D は同義》）の進行は早いと考えられています⁵⁾。

*1 神経変性疾患

中枢神経の特定の神経細胞の1群が変化をきたして死滅していくことにより病気が進行していく脳神経系の病気をいう。認知症をきたす病気だけに限らない。

ひとこと

指定難病とは：昭和47年に策定された難病対策要綱の中で、医療費助成の対象となる疾患は新たに指定難病と呼ばれています。指定難病とは、1) 発病の機構が明らかでなく、2) 治療方法が確立していない、3) 希少な疾患であって、4) 長期の療養を必要とするもので、さらに5) 患者数が本邦において一定の人数（人口の約0.1%程度）に達しないこと、6) 客観的な診断基準（またはそれに準ずるもの）が成立しているものになります。

2 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

(1) 病気の概念

比較的若い初老期に発症することが多く、前頭葉と側頭葉を中心に脳萎縮を認めます。有名な Pick 病もここに分類されます。前章のようにこの疾患単位は未だに分からないところが多く、様々な研究成果を取り入れながら分類や診断基準の改訂が繰り返されています。最新の「認知症疾患診療ガイドライン 2017」にて推奨されているものを、P.7の表に示しました¹⁾。

(2) 症状の特徴

主として、徐々に進行する行動の異変や認知機能障害などで気づかれることが多く、アルツハイマー型認知症 (AD) に比べると幻覚・妄想などは明らかに少なく、記憶障害や視空間認知障害は目立ちません。これらの多様な症状は、大きく 2 つのパターン「前頭葉・側頭葉の萎縮による機能低下」の場合と「前頭葉から脳の各部へかかっている抑制が解放される」場合とに分けると理解しやすいでしょう⁶⁾。特徴的な行動をまとめた P.6 に掲載する「**行動障害型前頭側頭型認知症を疑う症状**」を基に考えてみます。「前頭葉・側頭葉の機能低下」では、病識の欠如・自己認識の障害 (⑤)・自発性の低下 (⑥、⑧)・喚語困難 (⑨) 等が当てはまります。「抑制の解放」では、周回や時刻表的生活などの常同行為 (①、②、③)、模倣行為や反響言語・強迫的音読などの被影響性の亢進、悪びれない万引きや立ち去り行為などのわが道を行く行動 (④、⑤、⑦) 等が当てはまります。

また、自己および他者の心を読むこと、すなわち他者の心の状態や考え・感情を推測し共感することが困難になるために、他者との関係を築くことが困難になります。

(3) 治療

この病気は未だ十分に解明されていないため、根本的な治療薬はなく対症療法が中心となります。薬物療法についてはP.11を参照してください。非薬物療法の検討も多数例を重ねた系統的な研究は乏しいですが、まずは注意深くなじみの関係を形成すること、特に初期にはマンツーマンの対応が望ましいと考えられています。その上で、行動障害型前頭側頭型認知症（bvFTD）の特徴を利用した行動療法的アプローチや行動変容技術を用いて、社会的に許容可能な行動／常同行動化への置き換え（ルーティン化療法 routinizing behavior、P.14 参照）が提唱されています^{3,7)}。bvFTDに限りませんが、家族への啓発・教育を行うことで、家族の接し方が寛容的／受容的に変化していきます。それは、本人の精神状態が穏やかに安定することに寄与し、認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）の軽減へと繋がり、結果的には家族の介護負担感も軽減されます。本人らしい生活や質の高い介護への好循環が期待できることから、家族への教育や啓発は非常に重要です。

行動障害型前頭側頭型認知症を疑う症状

- ① **同じことを繰り返す**：同じ行動や同じ言葉を繰り返す
- ② **時刻表的な生活**：毎日同じ時間に同様の行動をとり、制止すると怒る
- ③ **食べ物へのこだわり**：同じ食べ物、特に甘いものばかり際限なく食べる
- ④ **立ち去り行動**：周囲の状況に関わらず、突然立ち去ってしまう
- ⑤ **状況に合わない行動**：無遠慮で身勝手にも思える行動をとる
- ⑥ **無関心**：周囲の出来事や自己（衛生、容姿など）へも無関心である
- ⑦ **逸脱行為**：万引きのような反社会的行動、性的な行動などを繰り返す
- ⑧ **意欲減退**：ぼんやりと何もしない、引きこもりが続く
- ⑨ **言語障害**：言葉の意味がわからない、言葉が出にくい
- ⑩ **記憶障害が軽い**：はじめの頃は比較的記憶障害が目立たない

（行動障害や言語障害が目立つ割にはよく解っている）

大阪市立弘済院 中西 亜紀、坂尾 恭介、長谷川 美智子、北沢 啓子 平成 18 年作成

表 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 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（A1～A3）のうちいずれか1つを満たす）
- 〔 A1. 社会的に不適切な行動
 - 〔 A2. 礼儀やマナーの欠如
 - 〔 A3. 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（B1～B2）のうちいずれか1つを満たす）
- 〔 B1. 無関心
 - 〔 B2. 無気力
- C. 共感や感情移入の欠如（以下の症状（C1～C2）のうちいずれか1つを満たす）
- 〔 C1. 他者の要求や感情に対する反応欠如
 - 〔 C2. 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（D1～D3）のうちいずれか1つを満たす）
- 〔 D1. 単純動作の反復
 - 〔 D2. 強迫的または儀式的な行動
 - 〔 D3. 常同言語
- E. 口唇傾向と食習慣の変化（以下の症状（E1～E3）のうちいずれか1つを満たす）
- 〔 E1. 食事嗜好の変化
 - 〔 E2. 過食・飲酒・喫煙行動の増加
 - 〔 E3. 口唇の探求または異食症
- 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関わらず、遂行機能障害がみられる（以下の症状（F1～F3）の全てを満たす）
- 〔 F1. 遂行課題の障害
 - 〔 F2. エピソード記憶の相対的な保持
 - 〔 F3. 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（C1～C2）のうちのいずれか1つを満たす）
- 〔 C1. 前頭葉や側頭葉前部にMR I / CTでの萎縮
 - 〔 C2. 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

(Rascovsky K et al. Brain 2011;134 p2456-2477)

日本神経学会 監修 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 編集 「認知症疾患診療ガイドライン 2017」 株式会社 医学書院：P.267¹⁾

(1) 病気の概念 ～意味の記憶が消えていく～

脳の側頭葉前方部の限局性萎縮に伴い、意味記憶（語義^{*1}理解または物品の同定）の進行性の障害が特徴的です。言葉は、音声や文法や意味などの要素から成り立ちますが、その中の「意味」が徐々に消えていくため、「語義失語」と呼ばれる特徴ある言語症状を呈します。病初期には、語義の障害が中心ですが、進行に伴って、相貌、物品、環境音などあらゆる感覚様式からの同定障害という意味記憶障害に移行していきます⁸⁾。しかし病気が脳の左右どちらが優勢であるかによって、症状の出方が異なり、右優位では初期から相貌失認などが認められます。 ^{*1} 語義：言葉の意味

(2) 病期の分類 ～言葉の症状で発見され、bvFTDと類似した行動パターンへ～

田邊敬貴による「臨床病期分類」によると、病初期は言葉の症状で気づかれることが多く、Ⅰ期では、具体語の意味理解が障害されますが、病感があります。Ⅱ期になると、病識は失せ、語義失語像が顕著となり、わが道を行く行動、被影響性の亢進、言語・行動面での固執・常同症など、徐々に行動障害型前頭側頭型認知症（bvFTD）と類似した人格、行動障害も目立ってきます。そしてⅢ期になると、限られたいくつかの単語が繰り返して出る残語状態となり、自発性が低下してきます⁹⁾。

(3) 症状の特徴 ～「〇〇って何?」と言って、相手を驚かす～

1. 言語に関する症状：一貫性のある物品呼称や単語理解の障害がみられ、どのような場面でも同じ物品、同じ単語がわかりません。発話量は多く、文法的な誤りはなく流暢でなめらかに話し、復唱も可能です。例えば「団子（だんご）」を「だんし」と読む類音性錯読、「ちりも積もれば」の後が続けられないことわざの補完障害もみられますが、特に特徴的なものが語義失語です。

「**語義失語**」とは：「エプロンは？」と聞くと、『エプロン』って何？」と逆に聞き返して、相手を驚かせます。「エプロン」を使うことができるのに、そういう名前の物は聞いたこともないという既知感のない反応を示すのが特徴です。そのため**語頭音効果**^{*2}も効果がありません。

^{*2}語頭音効果のない例：ヒント「エ」→「エですか？」、ヒント「エプ」→「エプですか？」

- 2. 言葉以外の意味記憶障害**：人の顔がわからないという**相貌失認**や、物を見てその形を模写することができてもそれが何であるかわからない、声を聴いても誰かわからない、音を聞いてもなにかわからないなどの症状も伴います⁵⁾。
- 3. 心理症状や行動障害**：病状の進行とともに、こだわりが強くなり bvFTD とよく似た常同行動が出現してきます。異食とは異なり、物をなんでも口に入れてなめたり噛んだりしてしまう「**口唇傾向**」も、病気の進行とともにしばしば認められます⁴⁾。

(4) 治療

この病気については未だ十分に解明されていないため、根本的な治療薬はなく薬物療法は bvFTD に準じた対症療法が中心となります。非薬物療法についても確立された方法は未だありませんが、語彙が減りコミュニケーションが難しくなり、やがて自発性が低下していくことを防ぐために、語彙再獲得訓練の有用性が報告されてきている¹⁰⁾ ほか、カードやタブレットを利用して日常のコミュニケーションをはかる試みもなされてきています。

意味性認知症の診断基準 厚生労働省
平成27年7月1日施行 指定難病¹⁾

- (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。
- A. 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）
 - B. 表層性失読・失書^{c)}
 - 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^{注1)}。
- (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^{注2)}。
- (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)の総てを満たすもの。

注1) 高齢での発症が少ないところから、発症年齢65歳以下を対象とする。

注2) 画像検査所見及び除外診断等の詳細については、以下のURL（難病情報センター「前頭側頭葉変性症」）を参照ください。

<https://www.nanbyou.or.jp/entry/4841>

<参考>

注3) 特徴的な言語の障害に対して、本人や介護者はしばしば“物忘れ”として訴えることに留意する。

注4) （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→“だんし”、三日月→“さんかづき”

4 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) の薬物療法

(1) 抗認知症薬が効くのか？

アルツハイマー型認知症 (AD) の進行を遅らせる薬であるドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンを投与しても、行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) の進行を遅らせる効果があるかどうか今のところわかっておらず、むしろ精神症状を悪化させるという報告もあります。メマンチン (中等度～高度 AD に適応) には神経保護作用があり、bvFTD の精神症状などに有効という報告もありますが、まだ十分な検討はされていません。したがって現時点では、bvFTD の認知機能障害を改善する薬剤はありません¹⁾。

(2) 行動・心理症状 (BPSD) に対して

bvFTD は、脱抑制、衝動性、攻撃性、抑うつなど、さまざまな精神症状を呈することが少なくありません。支援者側が対応に困り、本人自身も疲弊することになるため、それらの症状を緩和する必要があります。転倒・骨折など身体的に具合が悪くなるまで何時間も常同的に歩き続けたり、スイッチが入ったかのように怒り出し攻撃的になる、あるいは不眠などの症状がケアの工夫ではなかなか軽減しない時に、幻覚妄想、不穏、興奮を軽減する薬 (抗精神病薬) や寝つきを良くし睡眠を維持する薬 (睡眠薬) の投与が必要になります。ただ、それらの症状を全くゼロにすることは困難で、薬物療法により症状を緩和する、出現する頻度を減らす、と考える必要があります。こういう薬物療法を行う際には、眠気やふらつきによる転倒に注意が必要で、特に抗精神病薬では、便秘、口渇、呂律がまわりにくい、嚥下しにくい、パーキンソン症状などの副作用が出る可能性があります。副作用をむやみに怖がる必要はないですが、きちんと服薬管理し病状の変化を観察して主治医にしっかり伝えることが必要です。副作用の発現を最小限にとどめ治療効果を上げるためには、支援者と医師が十分に情報を共有することが大切です。

(3) 常同行動に対して

反復する行動（常同行動）や食行動異常などに対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）という抗うつ薬が有効であると報告されています¹⁾。この薬剤は、急激に中断すると頭痛やめまいなどを引き起こす（抗うつ薬離脱症候群）ことがあるので、減量は徐々に行う必要があります。

(4) 薬の服用も介護負担を減らす方法の1つ。副作用を恐れないで！

以上のように、bvFTDに対する薬物療法は対症療法であり、根本的な病気そのものに対する治療は今のところ存在しません。2005年に米国食品医薬品局（FDA）が、「認知症高齢者の行動異常に対する非定型抗精神病薬^{※1}の使用は死亡率を約1.6～1.7倍上昇させる」と警告をだしていることをふまえ¹²⁾、非定型抗精神病薬の使用に際しては認知症の行動・心理症状（BPSD）の軽減への使用は保険診療では認められていないことについて、家族への十分な注意や説明が必要になります。2015年に厚生労働省も「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）¹³⁾」を策定し、認知症に伴う様々なBPSDに対して、「対応の第1選択は非薬物的介入を原則とし、抗精神病薬の使用は適応外であり基本的には使用しないが、使用する場合は低用量から開始し症状を見ながら漸増する」、という姿勢を表明しています。むやみに副作用を恐れる必要はなく、服薬目的を理解し十分に観察しながら薬物を使用していくことは、よりよいケアを実践するためにも重要です。

※1 非定型精神病薬

従来の抗精神病薬（定型抗精神病薬）は、必ずと言ってよい程錐体外路症状（筋肉の緊張の異常と不随意の運動の亢進もしくは低下を生じるもので、たとえば固縮《筋緊張亢進》や寡動《動きの少なさ》、振戦など

がある)の副作用が出現していました。それに対して非定型抗精神病薬は定型抗精神病薬に比べて錐体外路症状を引き起こしにくく、定型、非定型という名称はこうした副作用が必ず出るという意味で「定型」であったのに対して、副作用が出なくても抗精神病薬をもたらすという意味で「非定型」な薬である、として区別された名称です¹⁴⁾。



(1) ルーティン化療法の活用

ルーティン化療法とは、行動障害型前頭側頭型認知症（bvFTD）の症状である「何かにこだわり」、同じことを繰り返す「常同行動」や「被影響性の亢進」を利用し「困った習慣」を「問題のない習慣」に変えてルーティン化する作業療法的アプローチです。bvFTDはアルツハイマー型認知症（AD）に比べ見当識（時間・場所・人）、体験記憶（エピソード記憶）、習慣的動作（手続き記憶）、視空間認知力は比較的保たれており、多くの作業活動を行うことができます。しかし、本人自身ではその「持っている能力」を上手く発揮できません。支援者は、本人の「持っている能力」と「こだわる」という特徴を活かし、新たな作業活動を毎日のスケジュールに取り入れるように働きかけます。

(2) 作業療法の実際

目的：その人らしい生活を送れることを目指します

役割をみつけ、楽しみを探し、生活を安定させます。感情の安定、意欲の向上とともに、認知機能・運動機能の維持を図ります。

作業活動の選択：以前の役割、習慣、興味・関心事を確認します

また、日々の生活からの気づきや作業活動時の良い反応（表情・言動）を観察し、選びます。

作業活動の始め方：マンツーマンで同じ人・場所・環境をパターン化します（常同化の利用）

作業は視覚的に理解しやすく、単純で失敗の少ないものから始めます。徐々に継続できる時間を増やし、その人に合った作業へ移行・追加していきます。すぐ、作業を開始できるよう道具等を準備しておき、動作を見せたり、道具を手渡すなど被影響性の亢進を利用します。

関わりのポイント:笑顔で、安心できる雰囲気作りを心がけます。気が散らない静かな環境の方が作業に集中できることが多いため、環境設定を大切にします。ADの人のように“みんなと一緒に”が良いわけでもなく、一人で孤立させている訳でもありません。病気の特徴を考慮します。

個別活動の中で配慮する点を活かし、集団活動にも応用します

SDに特徴的

◇規則的な作業：英・数字合わせ、数独、パズル 他

得意：数字を読めることが多く、マスを埋めるなど、課題を解決する作業は集中しやすいです



◇趣味的な作業：編み物、折り紙、ぬり絵、書道、

写経、生け花、園芸、料理他

得意：道具をうまく使えることが多いです

注意：口唇傾向(物を口に入れてしまう)に気をつけましょう

SDに特徴的

◇習慣的な活動：散歩、体操、ラジオ、テレビ、読書（マンガ含む）他

◇家事的な作業：下膳、タオルたたみ、ごみ出し、牛乳パック切り、

メニュー書き他

得意：器の大きさごとにきっちり分別、タオルをきっちりたたむなど

注意：他の人の食器を自分のペースで下膳することがあります



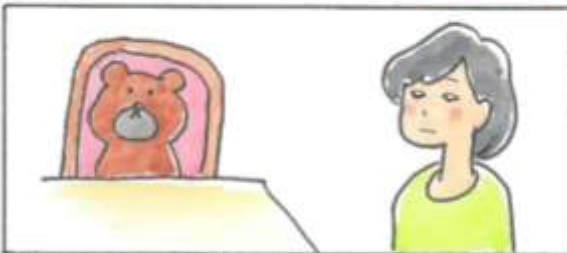
「こだわり」を尊重した、本人が安心できる場所づくり



そこ、私の席
なんですけど



もう！
どいて！！



私の席…



この bvFTD の人がいつも座ろうとするこだわりの席に他の人が座っていた時、発語ができないために席を譲ってほしいことを相手に伝えられず、突き飛ばす行動となっていました。

スタッフがこのこだわりの席に大きなぬいぐるみを置いたところ、ぬいぐるみは飛ばされてしまいますが、ケガをする人はなく席を確保できました。

被影響性の亢進を利用した作業



数字合わせの準備をしていると、興味を示し着席されました。しかし本人は、どうやって数字合わせを始めたらいいかかわからないようです。スタッフが数字の①をしっかりと見せ、盤に置いてみたことをきっかけに、②③④・・・と順番に並べ始められました。道具を手渡すなどのきっかけを提供することで作業を開始し、集中して行うことができました。



2

接し方の基本



1 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) では、初期の段階から認知症の行動・心理症状 (BPSD) が目立つ人が多く、家族や支援者を悩ませます。比較的早期から人格変化をきたし、反社会的な脱抑制行動が認められることが多く、抑止力の欠如した「わが道を行く」行動が目立ちます。行動を制止すると怒り出すこともあり、施設などではマンツーマン対応が求められ、対応困難な人と考えられがちです。特別な人、怖い人と構えてしまうことなく自然体で接することから始めましょう。行動を制止するのではなく、違うことに注意を向けてもらうなど、対応に工夫を要しますが、なじみの関係を築くことは可能であり、関係性ができたことでケアの手がかりが得られることもあります。最初は個別の対応が必要であっても、症状の特徴を活かしたケアによって施設での生活を支障なく送れるようになった例もあります。まず、病気を理解することこそが、介護をする上での負担を軽減し、より良い介護への取り組み方にたどり着く手立てになります。

2 意味性認知症 (SD)

意味性認知症 (SD) の初期では、言葉の数が減少していくことにより周囲との言語によるコミュニケーションの障害が早い時期からみられることが特徴です。カードやタブレットを用いたコミュニケーションが有用な可能性があります。また、他者に対しての礼節は保たれ、接触は良く柔らかな人も多く、数字を用いたり規則的な作業に集中できる人も少なくありません。また、bvFTD と同様にエピソード記憶や視空間認知力は比較的保持されています。なじみの関係を作って、環境を調整し、生活の中で楽しむことができる作業を積極的に働きかけることで、生活の枠組みを作り、生活にリズムをもたせることが可能です。

介護をする中から見つけたケアの10か条

① 自然体で接しましょう

活発な行動障害が目立ちコミュニケーションをはかりにくいことから、支援者の思いが伝わりにくく対応に困惑しがちです。そのため支援者が過度に緊張し、怖がったり特別な人と思ったりしがちです。表情が硬くても怒っているわけではなく、他者とうまく関係がはかれないのも病気によるものです。表現はできなくても感情は豊かで、なじみの関係が築ける人であることを理解し、恐れず気負わず自然体で接しましょう。

② 病気を理解し症状の特徴をケアに活かしましょう

bvFTD では、時刻表的生活や周徊、机や手を反復して叩くなど同じ行動を繰り返す**常同行動**。自分の身なり、周囲や他者への配慮や礼儀が欠け、整容に無頓着になるなどの**無関心**。本能のおもむくままに行動するために万引きなどの反社会的な行動を起こしてしまう**脱抑制**。音や声、視野に入るまわりの刺激に容易に反応してしまう**被影響性の亢進**。毎日同じものばかりを食べる、過食・盗食など**食行動の異常**など、さまざまな症状が出現しますが、病気の特徴を活用したケアができます。

③ 周徊を放置しない・そのままにはいけません

周徊が続いていても、特にトラブルがなければ本人の好きにさせてもらうことはありがちです。しかし、疲れていても自分からは休息をとれずに歩き続け、歩行バランスをくずし転倒することや、気づかないうちに踵などに疲労骨折をしていることがあります。休息が取れるような工夫が必要です。

④ しっかり行動観察をしましょう

認知症の人が求めているケアを見つけるには、毎日どのように行動し、何に興味を示しているのかなど、行動のパターンや特徴を知り、手がかりを探ることが大切です。

⑤ 認知症の人 本人を知るために、本人の生活史を振り返りましょう

どのような性格で、どんな仕事をしていて、何が趣味だったかなど、

その人の生き方の中にケアの手掛かりやヒントがいっぱいあります。生活史から興味を示しそうなこと、できることを探してみましょう。

⑥ コミュニケーションの方法を工夫しましょう

言語メッセージだけでは思いを伝えることが難しくなります。手招きなどのジェスチャーや目の前で椅子を後ろに引く、ドアを開ける、直接物を見せるなど視覚に訴える非言語メッセージを活用しましょう。

⑦ 環境を整えましょう

認知症の人は、周囲の人の行動・声やざわめきなどに刺激をうけ、食事や活動に集中しにくくなります。そのため、静かな場所、集中できるスペース作りが必要になります。また、最初は特定の支援者が続けて担当するなど、なじみの関係を作り安心感を得てもらふことや、混乱を招かないようにするためにケアの手法や関わりについて、スタッフ間で意思統一が必要になります。

⑧ 無理強いや強引な制止をしてはいけません

手を引っ張る、前に立ちふさがる、しつこく誘うなどは、良い結果が得られません。記憶力は保たれているのでイヤな事をされた記憶は残り、その後の介護をしにくくさせてしまいます。

⑨ 持っている力を活用しましょう

記憶力は保たれているので、顔見知りになりなじみの関係ができると、一緒に行動することができるようになります。また、昔にしていたような仕事や得意だったこと、なじみの道具を使う手続き記憶も残っています。

⑩ 食の欲求、食行動の変化を見落とさずに対応しましょう

甘いもの、濃い味のものに好みが変わるなどの嗜好変化や、同じ料理や食品にこだわる食への執着、過食が見られるようになってきます。食の偏りや過食は身体疾患を招く原因となります。さらに症状が進むと、何でも口に入れてしまう口唇傾向がみられたり、食べ物をどんどん口に詰め込みうまく嚥下することができずに誤嚥や窒息を招いてしまうこともあります。出現するであろう問題を予測した対応が必要になります。

－ SD の言語症状へのケアのポイント －

① 減っていく言葉の数にとらわれなくて、感情をのせた声かけを大切にしましょう

病気が進行していくと「わかりません。わかりません。…」と同じ語の繰り返しが多くなります。

たとえ話の内容がわかりにくくても、本人の発話意欲を尊重して、周囲はそれに全身で応えようとする姿勢が大切です。言葉そのものよりも声の調子や表情で伝わるものが大きいので、場面を共有しながら、感情のこもった声かけを続けていくことが、コミュニケーション意欲を維持し、発話行為そのものを引き出す手段となります。

② 大いにしゃべりましょう

話すことと食べることは、同じ口腔内器官を使います。舌や唇などは、発話と食事に共通したとても細かい動きをしています。動かさないと足腰が弱るように、口腔内器官も弱ることがないように声をかけておしゃべりを促しましょう。

③ 時間や内容を示すイラストや写真入りカードを活用しましょう

得意な活動を探り日課にして習慣化することが大切です。手続き記憶を用いた活動や、計算・パズル・音読・模写・歌などに集中できる人も多く、継続することで生活の安定を図れます。言語を利用した活動の促しは理解が得にくいいため、イラスト・写真などで視覚認知に訴える工夫も必要です。



3

こんなとき



(1) 周回(常同的周遊)～歩かずにはいられない!～

周回は、行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) の中核症状である繰り返し行動の一種で、毎日同じコースを同じパターンで繰り返し歩くことであり、アルツハイマー型認知症 (AD) の「徘徊」と違って道に迷うことはほとんどありません。「徘徊」は、記憶障害や見当識障害を背景に、不安や淋しさなどの心理的要因が重なって起こり、本人にとって居心地の良い場所にいる時は少なくなります。これに対して「周回」は、意図的に行われているではありませんが、その行動に執着やこだわりを持っているため、説得や寄り添うこと自体が難しく、環境を整えることについても「徘徊」とは異なった対応が求められます。

●みちおさん 76 歳 男性

みちおさんは、毎朝同じ時間にビニール袋と植木鋏を持って自転車で出かけ、公園の木を切ってはビニール袋に入れて自宅に持ち帰ることを繰り返していました。誰が注意しても聞き入れずに周りの皆を困らせていたある日、自転車で転倒し怪我をしたのを機に施設に入所しました。

入所後のみちおさんは回廊式の廊下をいつまでも歩き続け、「非常口」と書かれた緑の誘導燈の前に来ると、誘導燈を指差し「ヒージョウグチ」と独特の節回しで声に出して確認し、また歩き始めます (P.28 (3) 被影響性の亢進参照)。他の利用者とは出くわしても顔色一つ変えずにひたすら歩き続けていました。休息をとってもらおうとスタッフが声をかけても知らん顔で、手をつなごうとしても払いのけて歩き続けます。このまま歩き続けると体力を消耗してしまうのはもちろんのこと、転倒や疲労骨折に繋がるリスクも高くなります。みちおさんに休息をとってもらうためにはどうすればよいのでしょうか？

● ケアの試みと効果

みちおさんの行動を観察していると、見たものをすぐに読み上げたり、火災報知器に書いている「強く押す」を読んだら押してみたりと、視覚からの刺激に容易に影響を受けて行動していることがわかりました。また、言葉でのコミュニケーションは難しいのですが、ジェスチャーや手招き、物を見せるなどの非言語的コミュニケーションを使うと、効果的に伝わることもわかりました。何事にも無関心だと思われていたみちおさんが、食べ物には興味を示すことを活用して「お茶を飲む」「おやつを食べる」ことで休息を促すきっかけづくりを試みました。すると激しい周回の最中でも、お茶やおやつを見ると椅子に座って休息をとることができるようになりました。

認知症の人は、自分の行動を自分でコントロールすることができなくなります。特に周回の場合は、肉体が疲れ果てても歩き続け、バランスを崩して転倒したり、本人も気づかないうちに踵などを疲労骨折していることもあります。「本人は機嫌よく歩いている」と思い込み、いつまでも放置してはいけません。

■ ワンポイントアドバイス

周回を繰り返す人には適宜休息が取れるように調整することが必要です。みちおさんにとっての食べ物のように、何か興味を示す物品を提示するなど、小道具を活用すると効果的です。

(2) 常同行動 ～同じことを繰り返してしまう！～

常同行動とは、同じ動作や行動、発話などを何度も繰り返すことであり、bvFTDにおける初発症状として出現する認知症の行動・心理症状(BPSD)の一つです。歩き回る「徘徊」のほか、日課(時刻表的生活)・食行動・会話・音を出すなどさまざまな場面で繰り返される行動として気づかれます。この事例では、特定の人物への嫌がらせが繰り返されていますが、相手を困らせることを目的としているわけではありません。その行動に執着やこだわりを持ってしまい止められなくなっているのです。この常同性をケアに活用することが可能です。

●かつ子さん 80歳 女性

かつさんは、道行く人に「ブス」「オバケ」「デブ」など無遠慮な言葉を投げかけるため、近隣から苦情が頻繁に寄せられていました。施設入所後は、廊下を歩きながら特定の利用者に対して「はげちゃびん」「ばけもの」などの言葉を繰り返し、トラブルが絶えませんでした。姿が見えないなと思うと、トイレにこもってトイレットペーパーを巻き直しているため、他の利用者から苦情が出るようになりました。さらに、日増しに攻撃的な言動やトイレにこもることが増えてきました。かつさんはなぜこうしたことをするのでしょうか？どうしたらやめることができるのでしょうか？



● ケアの試みと効果

かつ子さんの一日を観察していると、特定の人の身体的特徴について攻撃的なことを言いますが、それが目立つのは日中の何もすることがない時であることに気づきました。何もすることがないとそわそわだし、対象者を探しだしては攻撃してまた座るといったパターンを繰り返していることが分かってきました。また、同時期に家族から得た情報から、かつ子さんは「イケメン」好きで若い外国人スターやアイドルに興味があったこと、ビデオ観賞を好んでいたことが分かりました。

そこで、フロアの一部にかつ子さんが好きなスターのプロマイドを貼り、好きなビデオを1人で見られる場所を作ってみました。日課の合間の何もすることがない時には、この場所で過ごすよう働きかけ続けた結果、一日の生活状態が安定してきました。かつ子さんは、この場所で過ごすことを楽しみにするようになり、特定の利用者への攻撃的言動やトイレにこもることが減り、他のレクリエーションにも参加できるようになっていきました。かつ子さんは、身の置きどころのないイライラした不安な感情を、他者を攻撃するというで解消して心の安定をはかろうとしていたのかもしれない。

■ ワンポイントアドバイス

常同的な行動は意図して行われているものではなく、自らその行動を止めることができません。特に攻撃的な言動の場合は、攻撃性を引き起こす要因が必ずあるものです。行動を観察するとともに本人の生活歴を知ることが、ケアの工夫へと繋がります。

(3) 被影響性の亢進 ～見たこと・聴こえたことに反応してしまう!～

被影響性の亢進とは、例えばスタッフが立ち上がるとつられて立ち上がる、看板や張り紙などの文字を見ると声を出して読みだす、P.24 のみちおさんのように火災報知器のボタンに書いてある「強く押す」の文字を見ると押してしまうなど、周囲からの刺激に対して容易に影響されることを言います。前頭葉には、行動の「開始」「判断」「抑制」などの機能がありますが、この機能が障害されるため刺激に即応して行動してしまいます。この影響されやすい特徴がトラブルをおこすマイナス面に繋がることもあります。作業の導入、立ち去り行動の防止、マイナス感情をプラス感情に切り替える時などに有効活用できます。



あき子さん 49歳 女性

あき子さんは温厚で礼儀正しく世話好きな人でしたが、夫の入院をきっかけに異変に気づかれました。徐々に一方的に話し続けたり、質問されると怒りをあらわにして家を出ていくなどの行動が激しくなり、在宅療養が困難となりました。

入所後のあき子さんは、特定の利用者の顔や聞こえてくる会話に反応し、急に「バカヤロー」と叫び出しました。対象となる人がいつもと違う服装をしていても見つけ出してしまいます。一日中怒り続けていることが多く、日が経つにつれその対象となる人を見つけると叩くようになりました。攻撃は徐々にエスカレートして対象となる人に対してだけではなく、視界に入った人も対象となってきたため、スタッフはあき子さんから目を離すことができなくなりました。あき子さんに穏やかに暮らしてもらうためにはどうすればよいのでしょうか？

● ケアの試みと効果

あき子さんの行動を観察していると、大きな音がするとイライラしだすことがわかってきました。そのため、扉の近くや騒がしい所から離れて過ごしてもらうようにしました。また、怒っている時でも違うことに気が向くと、怒っていたことを忘れてしまったかのように態度が変わることを活かして、面白い顔やジェスチャーを見せて気分を変えるようにしました。

集団活動には参加することができないのではないかとおられていましたが、徐々に怒らずに過ごせるようになり、穏やかな表情の時には顔なじみの利用者を見つけて会話を楽しむようになってきました。しかし、その会話を邪魔するような刺激が入ると、とたんに激しく怒り出すため、穏やかに会話を楽しんでいる時には、他の人が近づかないように環境を調整しました。また、生活史を振り返る中で、あき子さんは世話好きで子ども好きということもわかりました。赤ちゃん人形のお世話を願いますと、椅子に座りほほ笑みながら人形を抱いて過ごすようになりました。

■ ワンポイントアドバイス

私達には何気ないことが、認知症の人にとっては不快や苦痛をもたらす要因となっていることがあります。認知症の人は、自身の力で適した場所を見つけたり環境調整することが難しいので、不快な刺激は取り除くよう心がけましょう。また、あき子さんは不快な刺激と同じように快適な刺激にもすぐに反応します。この「影響を受けやすい」という病気の特徴をいかにケアに活かしていくかが、私達の腕の見せどころです。



(4) 食行動異常 ～甘いものばかり食べたい！～

bvFTD でしばしば経験する急激な体重の増加を伴うほどの大食は、ADではあまり認められません。また、甘い物・濃い味付けの物ばかりを好むという嗜好の変化がみられることが多く、特定の料理ばかり作る、同じ物ばかりを食べようとする「常同的食行動異常」がしばしば認められます。病状の進行にともない、ロー杯になるまで詰め込むことや、逆に全く食事をしようとしなない、遊び食べをするなどがみられる場合もあります。特に意味性認知症（SD）では、目についたものを何でも口に入れてしまう口唇傾向がみられることがあります。

● さなえさん 68 歳 女性

さなえさんは、同じ時刻に同じ喫茶店で同じフルーツサンド注文し、食べ終わると悪びれる様子もなくお金を払わずに喫茶店を立ち去ることを繰り返したため、警察に保護され病院を受診しました。近所の人達からは、いつもスーパーで買うのは飴玉 1 袋、緑茶アイス 3 本、特定のメーカーのあんパン、カニ蒲鉾であること、同居する孫からは、毎日買ってきたおやつを全て食べてしまうことがわかりました。近隣からの苦情も出ており、体重はどんどん増加しています。どうしたらよいのでしょうか？

● ケアの試みと効果

さなえさんのように、「特定の物を見ると食べる」という被影響性の亢進、同じ時間に同様の行動を繰り返す常同行動により、全く悪気なく無銭飲食をしてそれが繰り返されることがあります。事前に店にお金を支払っておくことで協力を得て、認知症の人の行動を見守ることができた事例もありますが、それも認知症の進行とともに難しくなっていきます。

甘い物・濃い味付けの物を好む嗜好変化や大食により生活習慣病が悪化します。いつもより元気がないと思っていたら糖尿病が悪化していて、通院や入院治療が必要となった事例もあり、症状の進行にともない身体管理が重要になります。しかし、特定の食品へのこだわりや過食は、入院や入所を機に目の前から対象物が消えてしまうと、リセットされてその後は全く欲しがらなくなることがあります。さなえさんは、入所当時は甘い物をとっても欲しがったため、「施設の食事を食べたなら甘い物を少し渡す」という手順を徹底したところ、以前のこだわりなど全く意に介さないかのように、施設の食事をおいしそうに食べて過ごせるようになりました。

■ ワンポイントアドバイス

食の偏りや過食が続くと、生活習慣病を発症・悪化させる危険があります。しかし、環境を変えることで、特定の食品へのこだわりがすっかりなくなることがあります。



(5) 自発性の低下① ~あっという間に動けなくなりました!~

激しく歩き回る周回や常同行動などの症状とともに、ボーッとしている時間が早くからみられ、やがて自発性の低下した動かない時間が目立つ時期が訪れます。特に若年期の発症例では、自発性の低下が急速に進むことが少なくありません。身だしなみに無頓着になったり、他者に関心を示さなくなったり、質問をしてもよく考えもせず、すぐに「わかりません」と即答するような言動の背景にも、この自発性の低下が考えられます。

● さとえさん 75歳 女性

さとえさんは、施設の居室のドアをリズムカルに「ガタガタ」「ガタガタ」と繰り返し音を鳴らしながら、毎日長い時間歩きまわっていました。あるとき、風邪をこじらせて入院すると、当初は安静を保てずにしきりに廊下を歩き回っていました。しかし10日ほど経つと、内科的には順調に治癒したにも関わらずベッドから起き上がろうとしなくなり、食事介助が必要でおむつが必要になってしまいました。

入院前、ADLが自立していたさとえさんの歩行能力は、特に問題はありませんでした。でも自ら動こう、歩こうとする意欲が全くみられなくなっていました。元の生活レベルに戻ることは可能でしょうか？

● ケアの試みと効果

自発性の低下により歩かなくなってくると、椅子に座ったり寝転んだりする時間が増えていき、次第に活動範囲も狭くなっていきます。そうしていると四肢の筋力が低下していき、本当に動けなくなってしまうという困った状態を度々経験します。激しい周廻が治まってきたと安心するのではなく、歩行しなくなるのは自発性の低下によるものと受けとめ、体を起こし、靴を履き、歩行するための準備や働きかけを継続して行うことが重要です。

さとえさんの場合は、まず生活リズムを整えるケアを継続して行いました。「時刻表的な日課」を作り、失禁をしていても必ずトイレまで誘導する、寝ていても起きよう促して、洗面に誘導する、食事は同じ場所で食べる、新聞は同じ場所で読むなど、生活パターンを一定にしました。これはbvFTDの特徴である「常同性」を活用したケアです。ルーティン化された生活が次第に自分の生活パターンになっていくと、自らトイレや洗面に行くようになり、再び毎日同じコースを同じ段取りで歩く「周廻」が始まりました。

歩行訓練に関しては、付き添って歩くよりも、道具を使えることや「被影響性の亢進」を利用して、平行棒や歩行器を使用すると順調に歩行することができました。食事は、食べ物に関心を示さず口に含んでも飲み込もうとしませんでしたが、アイスクリームなど冷たい甘い物を勧めたり、食事をワンプレートに盛り付けるなど変化を加えて関心をもてるように工夫をしました。周廻が再開された頃には、特別な盛り付けをしなくても自ら食事を食べるできるようになりました。

■ ワンポイントアドバイス

周廻などの常同行動が急に消失して動こうとしなくなったとき、身体面の問題がなければ、自発性の低下によるものではないかと気づくことが大切です。bvFTDでは急速に自発性の低下が進行することがあります。いかなる能力も、使わなければあっという間に失われてしまいます。

(1) 語義失語 ～話していることが伝わらない！～

意味性認知症(SD)の言語症状には「〇〇って何ですか？」という聞き返しが特徴として認められます。言葉は、音声や文法や意味などの要素から成り立ちますが、その中の「意味」だけが徐々に消えていく病気です。言葉の音は聞こえていてもその意味が理解できないため、発話は流暢でも一方的に話し続けてしまい、会話は成立しなくなってしまう。語彙の減少とともにコミュニケーションに対する意欲も低下していきます。普段あまり使わない言葉から失われていき、進行すると発話は数語の繰り返しになっていきます。

まことさん 57歳 男性

まことさんは、仕事で聞き間違うことが増えトラブルを起こすようになり、若年性認知症を疑われ、精査目的で入院となりました。本人は、今回の入院は脳梗塞の治療のためと思い込んでいるようで、何を聞いても頭の左側をおさえながら「このせいでわかりません。すみません」を繰り返していました。

まことさんは入院したその日から、トイレや病室を間違えることもなく、食欲もあり、夜も眠れていました。しかし、言葉が通じないため他の入院患者と交流することができず、何もすることが無い退屈な時間を独りで過ごしていました。気分転換を兼ねた理学療法や木工作业を取り入れましたが、その作業は継続して行うことはできませんでした。まことさんは「治療をしてもらっていない」という不満を募らせ、時間を持て余すことが多くなるにしたがって帰宅願望が強くなり、入院を継続することが困難になってきました。どうしたらよいでしょうか？

● ケアの試みと効果

入院という特異な環境の中で、認知症の人の気持ちを安定させる関わりは難しいものです。特に言葉の意味が失われていくSDは、ジェスチャーを用いた非言語的コミュニケーションも取りにくくなるため、本人の思いを確認することが難しく、発する言葉や行動からその思いを察していかなければなりません。道具使用においても言葉と同様で、身近にある物品は使えるけれどなじみの少ない物品は使えなくなっていくます。木工作業はまことさんが得意としていたことでしたが、用意された道具はなじみの少ない物であったのかもしれませんが。また、頭の左側をおさえながら「このせいでわかりません」と繰り返していたのは、病初期に言語障害は脳梗塞によるものと診断されたことを覚えていて、脳梗塞の治療が入院目的と考えているまことさんには、作業療法や理学療法は意味のある活動にならなかったのだと考えました。

まことさんは日が経つごとに帰宅願望が強くなっていきました。そこで、ノートに言葉を書き写す作業を取り入れました。進行性の疾患であるSDには、脳卒中の言語訓練のような回復を目的とした訓練は適していません。この作業を、まことさんが「言葉」に関係した「治療」の一つと感じてくれること、病気の特徴である常同性を利用し作業が生活の一部となって安定すること、覚えている言葉の確認と保持、作業を共有しコミュニケーションの場とすることを期待しました。短期間の入院であったため効果を確認することはできませんでしたが、作業場面の共有は、スタッフとのコミュニケーションに役立ちました。

■ ワンポイントアドバイス

コミュニケーションは、言葉そのものよりも声の調子や表情で伝わるものが大きいです。場面を共有しながら、感情のこもった声かけを続けることがコミュニケーション意欲の維持に繋がります。また、保たれている「伝わる言葉」を見つけ、その言葉が失われずに維持できるように発話を促していく努力も必要です。

(2) 口唇傾向 ～何でも口に入れてしまう！～

口唇傾向とは、目についたものを何でも口に入れてしまう行為のことで、手よりも口を用いて物を確かめようとすることです。常同化すると、危険なものや不潔なものでもかまわず口に入れてしまうため、支援者は目が離せず、介護が非常に困難になることもあります。赤ちゃんが手に取ったものを何でも口に入れて確かめようとする行動を想像してもらえればわかりやすいかもしれません。口唇傾向は病気が進行してきた時期に出現することが多く、その時期は食物を十分に咀嚼せずに吞み込むこともあるため、むせや窒息にも注意が必要です。

● みほさん 80 歳 女性

みほさんは、ビスケットやアイスクリームなど甘いものばかりを好み、さらに砂糖 1 kgを一気に食べるなどの偏食や過食が続き、体重増加と高血糖が認められていました。入所後のみほさんは、食事の時間が少しでも遅れると早くするようにせかして、スタッフの説明も聞き入れないため対応に苦慮していました。そこで、食事準備の手伝いを日課にしてみると、焦燥感や混乱はおさまって感情表現も豊かになり、しばらくの間安定して生活することができました。

しかし、病気の進行にともない、排泄や整容など身の回りのことが段々とできなくなり、生活リズムが崩れてきた頃新しい症状が現われてきました。床や地面に落ちているごみや、紙・壁の飾り・落ち葉など、何でもなめたり、口に入れてしまいます。スタッフが気をつけて片付けると、壁紙やソファの布を破っては口に入れ、部屋では布団や枕の端を吸い続けるようになりました。どうしたらよいのでしょうか？

●ケアの試みと効果

みほさんが口に入れたら危険な物を、スタッフが気をつけて片付け、こまめに掃除をしました。一時的には口に入れる機会が減りましたが、「口に入れる」行動はおさまらず、再び頻繁になっていきました。そこで「拾った物を口にしないでいいようにするには、拾わないようにしたらどうだろうか」と考えました。カバンを持って歩く、赤ちゃん人形を抱く、散歩の時には手をつないで歩くようにしたところ、「物を拾って口にすること」は改善されました。そして、アクティビティへの参加を積極的に促し、見守りができる時間を増やしました。また、みほさんには糖尿病があるので、低カロリーの食べ物を利用して少しでも食欲が満たされるように工夫したところ、部屋で布団や枕の端を吸っている姿は見かけなくなりました。

■ ワンポイントアドバイス

対応が困難な事例に対して、早急に良い結果を求めることは難しいことです。諦めずに試行錯誤をしながらケアを見直し、組み立てていくという過程が、結果として『その人のケア』に繋がっていきます。

既に起こってしまったことを制止するのではなく、前もってきっかけを除いたり、その行為が行われないよう工夫することが大切です。つまり、拾った物を口にすることを制止するのではなく、物を拾って口に入れないためには、どうしたらよいかを考えましょう。

(3) 自発性の低下② ~まだまだできるを見逃さない~

行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) の症状と同様に、ある時期を境に急激に自発性の低下がみられることがあります。介護する立場で見ると、行動が落ち着きだし、とても穏やかに過ごせるようになったと映ります。しかし、これは「落ち着いた」ということではなく、できることができなくなる予兆だと捉えることができるのではないのでしょうか。意欲が減退するということは、周囲への興味や日々の楽しみや喜びなどを感じる機会が減少することに繋がります。

言葉数も少なくなり、周囲との関わりが減退していくこの段階であるがゆえに、しっかりとした意味のある関わりの時間を持ち続けたいものです。

● たか子さん 52歳 女性

たかさんは、日中の多くの時間、施設内を休憩せずに周回して過ごしていました。状況をみて休息をしていただけるように関わりをもっていました。なかなかゆっくりすることができませんでした。また、目につく興味のあるものは手に取り、本や雑誌にも興味があるようで手にとっては読んでいる姿もよく見受けられました。

時間が経過するにつれ、行動はゆっくり、範囲は狭くなっていき、椅子に座り本を読みだすとその場から動くことも少なくなっていました。活動的な周回があまりにも減ってきたので、スタッフ間のミーティングで意見交換を行って見ましたが、“動き回ることなく、穏やかに過ごされているし、興味のある本を見て過ごしているので本人の望む生活ができているのではないか”という意見でまとまりました。わたしにはたか子さんの元気がないように見えます。このような生活で本当にいいのでしょうか？

●ケアの試みと効果

たか子さんの場合は、機能的な訓練も兼ねてパズルを実施してみることにしました。(30ピースほどの子ども用パズル)

時間を定め実施すると、取り組み当初は自らピースに手を伸ばせず、手に渡しながら少しずつしか進みませんでした。しかし、回数を重ねていくうちに、ピースに自ら手を伸ばし、自分自身で仕上げるができるようになりました。それに伴い、フロアを周回する活動性も再びみられるようになりました。

症状の進行に伴い、できていることがどんどん失われてしまいます。今現在、機能的にできなくなっているのか。意欲の低下によってしなくなってしまうだけなのか。本人がこういった状況にあるのかをしっかりと見定めて、ケアや活動に繋げていくことで、元々の活動的な生活を取り戻すことができました。

活動性が少なくなり、落ち着いた生活を送っていると、様々な生活上のリスクは軽減し、トラブルなどに遭遇することも少なくなります。介護するという側面のみで捉えると、「落ち着いた穏やかな生活」と映りますが、その状態が本人にとって望ましいとは言い切れません。活動性の低下した状態を見逃さず、本人の「できること」を掘り起こし、楽しみや喜びに繋げ、少しでも長くハリのある生活を維持していけるよう、継続して働きかけを行うことが重要です。

■ ワンポイントアドバイス

パズル・数字合わせ・数独など、SD の人は一定の規則性がある作業を比較的好まれ、集中して行える傾向があります。楽しみや喜びを見つけるという作業は、簡単なようで難しくもあるので、例にあげたパズルや数字合わせなどを糸口に、その人のできることを探ってみてはいかがでしょうか。

何かを成し遂げる、完成させることの達成感は、本人と支援者お互いの満足感へと繋がるかもしれません。



4

ケアマネジメント(bvFTD・SD)



(1) 「病気の理解」がはじめの一歩

お店の物を無断で食べる、いきなり他人を叩くなど抑えがきかず、「我が道を行く」行動をとってしまうことがこの病気の特徴です。しかし、会話は普通にでき、嫌なことはしっかり覚えています。1人で電車やタクシーに乗って行きたい場所へ行き、帰ってくることができます。一見しっかりしているように見えるため、周りの人は「認知症」とは思わず、理解され難い病気です。

家族は、本人がしてしまった行動を周りから責められて悩み、病気のためなのに心ないことを言われ、理解されない悲しみ・苦しみを抱えきれずに心を閉ざしてしまうことがあります。本人の行動を何とかしたいと思うのに行動を止めるとさらに激しくなるため、悩みはさらに深くなっていきます。デイサービスなどの福祉サービスから利用を断られる度に落ち込み、自暴自棄になってしまうこともあります。本人・家族を支える立場のケアマネジャー自身が行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) ・意味性認知症 (SD) についてよく知り、理解することが何よりも大切です。

(2) 家族の目線で心を傾けて聴き、言葉にできない本当の思いを知る

病気への理解ができてくると、認知症の本人や家族の苦しみ・悲しみがよく分かり、声にならない思いを汲み取りながら話を聞くことができるようになります。病気の特徴を踏まえてケアの工夫を助言することもできるようになり、理解されない辛さから心を閉ざしてしまっていた家族も、ケアの可能性を考えることができるようになっていきます。その際、専門用語は家族にわかる言葉へ置き換えて伝えるようにします。家族の力で決断できるように、また、決断したことを肯定し後押しすることは大切な役割です。

— 「本人をよく知ること」が大切です —

- * 「本人が頼りにしている人は誰か」「よく話していることは何か」「好きなことは何か」「興味があることは何か」「怒る時はどんな状況のときか」「気持ちを切り替えるきっかけになる言葉や関わり方は何か」を限られた場面・時間で観察します。
- * 嫌なことはしっかり覚えています。関わりの中で「その場しのぎ」にはしないように気をつけましょう。
- * 食事の場面では、「みんなで一緒に楽しく食べる」よりも、人のざわめき・動きなど目や耳から入る刺激が少ない静かな環境で食べた方が良い場合があります。
- * 在宅で介護サービスの利用を開始しようとする場合、なじみの関係ができて慣れるまでの期間は、“短時間でもいいのでできるだけ同じスタッフが対応する”、“同じ時間・時間帯に同じ内容の作業を行う（本人が集中できる時間の長さや時間帯を把握した上で設定する）”といったように、病気の特徴を活かしたケアマネジメントが必要です。アルツハイマー型認知症（AD）で良いとされるケアが、必ずしも bvFTD、SD にもあてはまるとは限りません。
- * 「できないこと＝ADLの低下」ではなく、身体は十分に動かせるのに「自ら動かす意欲が低下している」ことが多いので要注意！自ら動かそうとするきっかけとなる関わり方を検討します。
- * 行動の変わり目は症状の変化のサイン！見逃さずに早い時点で気づき、変化と共に関わり方も素早く変えていきましょう。

The image shows a calendar grid with a red box highlighting a specific time slot. The text inside the box reads "介護サービス 9:30～12:30". The calendar grid includes columns for days of the week and rows for dates. The red box is positioned in the middle of the grid, covering several days and the specified time range.

～医療と介護・福祉サービスでささいなことでも伝え合って連携を！！～
介護保険以外のサービス(障がいサービスなど)もうまく利用しましょう

ケアマネジャーの方へ

1. 家族や身近な人から本人の暮らし方・情報を得る

- ・家族・身近な人が「おかしい」と感じたのはいつ頃・どんな行動が見られたのかを具体的に聴き取る。
- ・特にこだわりが強く出ている行動をはじめとして、1日の過ごし方などを聴き取る。

(P.20「介護をする中から見つけたケアの10か条」の④、⑤を参考に)

- ・福祉サービスの詳しい利用状況を知る

デイサービス・ショートステイなど、利用している時の様子を事業所より聴き取る。対応に困っている時間帯・行動があるかどうか?どのように関わるとうまくいくか・うまくいかないか?を把握する。

2. 利用中・新たに利用する予定の福祉サービスへ情報提供・報告をする

3. 医療機関(認知症専門医)での的確な診断へ繋ぐ

- ・病院受診は同席して情報提供する。
本人の耳には入れたくないが、診断にあたって確実に伝えておきたい内容は事前に書面やメモにして伝えられるようにする。
- ・受診を嫌がる時は、本人と一緒に行く気になりそうな理由を考えて伝える。例えば、「健康診断に行こう」「私の検査について来て」「お世話になっている先生なので一緒に会いに行きましょう」など。
- ・診察中に立ち去った時は、気分転換を図る。
- ・家族の判断を後押し・代弁をする。
- ・家族・ケアマネジャー・福祉サービスからの情報を整理して繋げて、医師・家族とのやり取りがスムーズに行えるように関わる。

福祉サービスなどの介護スタッフの方へ

- 自宅や福祉サービス（デイサービス・ショートステイ先など）での詳しい様子について、居宅ケアマネジャーから情報を得る。
- 本人が困っている時に、メインで関わるスタッフを決めておく。
- できることからひとつずつ関わる。
- 利用中に気にかかったささいな変化は、見逃さずに観察・報告する。（「こだわりの行動が少し変わってきた」、「〇〇な行動が新たに出ている」など）

福祉サービスなどの医療スタッフの方へ

- 福祉サービスの医療スタッフは、小さな変化の発見を見逃さずに、医療へ繋げる。

2015年7月から、bvFTDとSDは、一定の条件を満たした場合に難病医療費助成制度を利用できる難病に指定されました。

お問い合わせはお住まいの市町村窓口まで。

●大阪市の認知症施策に関するホームページ

「認知症高齢者支援の取組みについて（認知症高齢者支援施策）」

<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000235532.html>

略語一覧

AD	アルツハイマー型 認知症	Alzheimer's disease dementia
ADL	日常生活動作	activities of daily living
ALS	筋萎縮性側索硬化症	amyotrophic lateral sclerosis
BPSD	認知症の 行動・心理症状	behavioral and psychological symptoms of dementia
bvFTD	行動障害型 前頭側頭型認知症	behavioral variant frontotemporal dementia
FTLD	前頭側頭葉変性症	frontotemporal lobar degeneration
PNFA/PA	進行性非流暢性 失語症	progressive non-fluent aphasia
SD	意味性認知症	semantic dementia
SSRI	選択的セロトニン 再取り込み阻害剤	selective serotonin reuptake inhibitor

参考文献・資料

- 1) 日本神経学会監修 「認知症疾患診療ガイドライン 2017」 医学書院：263-265, 266-269, 274-275, 308-309 2017
- 2) 特集「新時代『令和』の前頭側頭葉変性症はいずこへ」老年精神医学雑誌 30：1073-1079, 1080-1087, 1107-1113 2019
- 3) 日本認知症学会(編) 「認知症テキストブック」 中外医学社：308-309 2008
- 4) 織田 辰郎 「前頭側頭葉変性症FTLDの診断と治療」 弘文堂：15-17, 18-36
- 5) 専門医のための精神科臨床リュミエール 12 前頭側頭型認知症の臨床 中山書店：105-111, 112-123 2010
- 6) 池田 学 「前頭側頭型認知症の症候学」 臨床神経学 48(11)：1002-1004 2008
- 7) 高橋 智(編) 「いきなり名医！日常診療で診る・見守る認知症」 日本医事新報社：40-45 2010
- 8) 小森 憲治郎 「Semantic Dementia と語義失語」 高次脳機能研究 29：34-42 2009
- 9) 田邊 敬貴 「ピック病の位置づけー前頭側頭型認知症との関連」 老年精神医学雑誌 18：585-590 2007
- 10) 一美 美奈子ほか「意味性認知症における言語訓練の意義」高次脳機能研究 32：417-425 2012
- 11) 難病情報センター 「前頭側頭葉変性症」
<https://www.nanbyou.or.jp/entry/4841>
- 12) Bridget M. Kuehn, FDA warns antipsychotic drugs may be risky for elderly. JAMA. ;293(20): 2462 2005
- 13) 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班 「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/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>
- 14) 長嶺 敬彦 「抗精神病薬の「身体副作用」がわかる」：17 医学書院, 2006

本冊子関連著書・学会発表

論文・著書・誌上発表・その他

- 1) 「前頭側頭型認知症の特徴とケア」(認知症の原因疾患の理解と看護の留意点) 森本早苗、福井美穂、中西亜紀: 臨床老年看護, 16(3)・P.16-21 (2009)
- 2) 「人が変わった? 困難ケース? 前頭側頭型認知症の可能性も」 月刊ケアマネジメント「知って納得認知症」, 20(9)・P.10-12 (2009年9月)
- 3) 「運動ニューロン疾患(MND)を伴う前頭側頭型認知症(FTD)患者のチームケア」 森本早苗、中村里江、竹下みどり、金本元勝、中西亜紀: 認知症ケア事例ジャーナル, 6(3)・P.244-250 (2013年12月)
- 4) 「前頭側頭葉変性症」 中西亜紀: おはよう21,10(増刊号) P.30-33 2013
- 5) 「前頭側頭葉変性症を知ろう!」 中西亜紀: ほ〜れほ〜れ, 405・P.4-5, 406・P.6-7, 407・P.4-5, 408・P.14-15 (2014年4月〜7月連載)
- 6) 「前頭側頭型認知症の特徴とケア」 中西亜紀: 臨床老年看護「前頭側頭型認知症の正しい知識と適切なケア」, 22(3)・P.33-39 (2015年5・6月)
- 7) 「経過別・症状別 前頭側頭型認知症ケア〜前頭側頭型認知症高齢者にかかわった10年を振り返って〜」 中村里江: 臨床老年看護「前頭側頭型認知症の正しい知識と適切なケア」, 22(3)・P.40-47 (2015年5・6月)
- 8) 「高度前頭側頭型認知症患者の大腿骨頸部骨折後の看護〜前頭側頭型認知症の特徴的な症状を理解し活用したケア〜」 森本早苗: 臨床老年看護「前頭側頭型認知症の正しい知識と適切なケア」, 22(3)・P.48-54 (2015年5・6月)
- 9) 「意欲の低下」 中西亜紀、長谷川美智子: 認知症ケア最前線 57・P.52-55、2016年

学会発表

- 1) 「前頭側頭型認知症(FTD)の利用者に対するケアの試み」 浅野清文、丸谷真樹、西松陽子、福井美穂、森本早苗、藤田恵子、松本陽子、大村享司、坂尾恭介、長谷川美智子、北沢啓子、山本廣美、河原田洋次郎、沖田裕子、中西亜紀: 第8回日本認知症ケア学会(盛岡)2007年10月12日【石崎賞受賞】
- 2) 「前頭側頭型認知症の利用者に対するケアの試み 第2報 『この道楽もんが!』を『ありがとう』に」 松本陽子、福井美穂、本田香織、白山加奈子、丸谷真樹、森本早苗、西松陽子、長谷川美智子、北沢啓子、山本廣美、河原田洋次郎、沖田裕子、中西亜紀: 第9回日本認知症ケア学会(高松)2008年9月27日
- 3) 「前頭側頭型認知症の利用者へのケアの試み 第3報 マンガで取り戻した本当の私」 西岡要、奥谷美香、本田香織、福井美穂、森本早苗、河内桂子、坂尾恭介、関岡直江、沖田裕子、中西亜紀: 第10回日本認知症ケア学会(東京)2009年10月31日
- 4) 「意味性認知症の利用者への言語によるコミュニケーションの試み 第1報 飯缶運びの仕事を通して」 関岡直江、森本早苗、福井美穂、本田香織、河野和子、飯室賢一、清水友英、河内桂子、松田泰範、河原田洋次郎、中西亜紀: 第10回日本認知症ケア学会2009年10月31日(東京)
- 5) 「前頭側頭型認知症の利用者へのケアマネジメント ~急変時、介護支援専門員に求められた 瞬時の判断と家族支援の重要性~」 福井美穂、森本早苗、清瀬早苗、中西亜紀: 第11回日本認知症ケア学会(神戸)2010年10月30日
- 6) 「意味性認知症の利用者へのケアの試み ~Aさんがやりたいことを続ける為に~」 山田真、元田克巳、河内桂子、福井美穂、坂尾恭介、本田香織、中川大吾、長谷川美智子、関岡直江、沖田裕子、中西亜紀: 第12回日本認知症ケア学会(横浜)2011年9月29日
- 7) 「前頭側頭型認知症の入所者へのケアの試み 第6報 多種多様のBPSDを繰り返す認知症高齢者への対応」 飯室桃子、白山加奈子、岡弘崇志、中川大吾、長谷川美智子、坂尾恭介、河原田洋次郎、沖田裕子、中西亜紀: 第17回日本認知症ケア学会(神戸)2016年6月5日

保存版 執筆者一覧

監修

中西 亜紀 弘済院附属病院/認知症疾患医療センター
福祉局高齢者施策部
健康局健康推進部

編集

池田 尚史 弘済院第2 特別養護老人ホーム

新谷 豪志 弘済院附属病院 患者支援部/認知症疾患医療センター

執筆者(50音順)

池田 尚史 再掲

金本 元勝 弘済院附属病院 神経内科/患者支援部/認知症疾患医療センター

河原田 洋次郎 弘済院附属病院 精神神経科/認知症疾患医療センター/
弘済院第2 特別養護老人ホーム

中西 亜紀 再掲

中村 里江 弘済院附属病院 看護部/認知症疾患医療センター

長谷川 美智子 (元) 弘済院第2 特別養護老人ホーム

福井 美穂 弘済院第2 特別養護老人ホーム

元田 克巳 弘済院第2 特別養護老人ホーム

森本 早苗 弘済院附属病院 看護部/認知症疾患医療センター

山田 真 弘済院第2 特別養護老人ホーム

渡邊 安澄 弘済院第2 特別養護老人ホーム

イラスト

奥中 隆文 弘済院第2 特別養護老人ホーム

令和2年1月現在

大阪市が指定する認知症疾患医療センター

地域型

大阪市立弘済院附属病院

〒565-0874 吹田市古江台 6-2-1

電話番号：06-6871-8013（代表電話）

社会医療法人 北斗会 ほくとクリニック病院

〒551-0001 大阪市大正区三軒家西 1-18-7

電話番号：06-6554-9707

大阪市立大学医学部附属病院

〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7

電話番号：06-6645-2896

連携型

医療法人遊心会 咲く花診療所

〒532-0011 大阪市淀川区西中島 6-7-20

電話番号：06-6301-0377

社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会 野江病院

〒536-0001 大阪市城東区古市 1-3-25

電話番号：06-6932-0401

医療法人 葛本医院

〒546-0044 大阪市東住吉区北田辺 4-11-21

電話番号：06-6719-0929

認知症の医療・介護に関わる専門職のための
「前頭側頭型認知症&意味性認知症」こんなときどうする！

平成 25 年 3 月	第 1 刷発行
平成 26 年 3 月 初版	第 2 刷発行
平成 28 年 3 月 初版	第 1 刷発行
平成 29 年 12 月 第 2 版（改訂）	第 1 刷発行
平成 31 年 2 月 第 2 版（改訂）	第 2 刷発行
令和 2 年 3 月 保存版	

企画 大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課（認知症施策グループ）
大阪市立弘済院 附属病院（認知症疾患医療センター）
第 2 特別養護老人ホーム

発行 大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課（認知症施策グループ）
大阪市北区中之島 1-3-20

* 本書の無断転載・転用を禁じます（非売品）

* 本書に関するお問い合わせ先

大 阪 市

TEL 06-6208-8051
