

〇〇年〇月〇日

遺言能力鑑定書

日本内科学会 総合内科専門医
日本神経学会 神経内科専門医・指導医
日本認知症学会 認知症専門医・指導医
医学博士

医師

印

本鑑定意見書は、2022年〇〇月〇〇日に死亡した患者、亡〇〇氏(以下本患者)の認知機能の状況について鑑定し、総合内科専門医かつ神経内科専門医・指導医かつ認知症専門医・指導医として、医学的見解を述べるものである。本鑑定意見書の作成にあたっては、診療記録、施設記録、遺言書、介護保険の主治医意見書などをもとにしている。

特に、自筆証書遺言を作成された2015年〇〇月〇〇日の時点での認知機能の状況等について意見を述べるものである。

第1 本患者の臨床経過

■被相続人（鑑定対象者）

・氏名 〇〇 殿
・性別 女性
・生年月日 大正〇〇年〇月〇日

■臨床経過の概要

2011-2012年頃～	もの忘れが進行し始めている。
2013年7月	〇〇病院を初診されている。その後、転居に伴って、終診。
2013年10月20日	〇〇施設〇〇に入居された。
2013年10月25日	〇〇クリニックの訪問診療が開始され、アルツハイマー型認知症に対してメマリー10mgを処方されている。
2014年4月11日	訪問診療が、〇〇クリニックへ変更となった。
2014年8月21日	要介護1と認定された。
2014年10月10日	訪問診療が必要な理由として「アルツハイマー型認知症による精神的な機能低下著明(後略)。」と、診療録に記載され

	ている。
2015 年 7 月 22 日	診療録に「認知症は相変わらず」と記載されている。〇〇クリニックの訪問診療はこの記録が最後。
2015 年 7 月 25 日	サービス付き高齢者向け住宅〇〇に入居。
2015 年 8 月 14 日	転居に伴い、再び〇〇病院を受診。もの盗られ妄想や易怒性を認め、抑肝散を追加されている。
2015 年 9 月 18 日	メマリーを 15mg/日から 20mg/日へ増量されている。
2015 年 9 月 20 日	<u>本件の自筆証書遺言が作成された。</u>
2015 年 10 月 12 日	介護付き有料老人ホーム 〇〇に入居された。
2015 年 10 月 16 日	〇〇病院から〇〇クリニックへ紹介されている。
2015 年 10 月 26 日	〇〇クリニックの診療が開始されている。
2015 年 12 月 3 日	〇〇クリニックの最終診療が行われた。 紹介先未記入の診療情報提供書を記載されている。
2015 年 12 月 3 日	介護付き有料老人ホーム 〇〇を退去し、〇〇へ転居された。
2016 年 6 月 27 日	〇〇クリニックの診療が始まり、メマリー20mg を処方されている。
2016 年 8 月 5 日	主治医意見書では、認知症高齢者の日常生活自立度 IIb。 短期記憶は問題あり、日常の意思決定を行うための認知能力はいくらか困難、自分の意思の伝達能力はいくらか困難。 以後、訪問診療が継続され、徐々に痰がらみが増えていた。
2016 年 8 月 26 日	要介護 2 と認定された。
2016 年 8 月 27 日	〇〇居宅介護支援事業所作成のアセスメントシートでは、 もの忘れがあり、ものとられ妄想・作話・感情が不安定・しつこく同じ話をする・ひどい物忘れなどの精神・行動障害がみられている。
2018 年 8 月 15 日	〇〇のアセスメントシートでは、もの忘れがあり、行動心理症状がみられている。
2022 年 3 月 3 日	発熱し、翌日から抗生剤を開始されている。
2022 年 3 月 9 日	〇〇にて永眠。

■本件で精査した各資料の概要

1. ○○クリニック在宅療養計画書および診療録

2013 年○○月○○日から訪問診療が開始されており、アルツハイマー型認知症の傷病名に対して、後述する○○病院から引き継いだ形でメモリー® 10mg/日を処方されている。2014 年○○月○○日が最終診察となっている。以後、訪問診療は○○クリニックが行っている。

2013 年○○月○○日付で作成された在宅療養計画書では、傷病名はアルツハイマー型認知症と記載されており、日常生活の自立度として“認知症の状況”は II と判定されている。服薬管理ができておらず、認識にずれがあることを指摘されている。

2. ○○クリニック在宅療養計画書および診療録

2014 年○○月○○日から訪問診療が開始されている。

2014 年○○月○○日付で作成された在宅療養計画書では、ADL の状況として「食事・服薬・起居・歩行・移動・更衣・清潔・清拭・入浴・排泄など」に介助・介護を要すると記載されている。

2014 年○○月○○日の診療録に、訪問診療が必要な理由として「アルツハイマー型認知症による精神的な機能低下著明(後略)。」と記載されている。

2015 年○○月○○日付で作成された在宅療養計画書でも、ADL の状況として「食事・服薬・起居・歩行・移動・更衣・清潔・清拭・入浴・排泄など」に介助・介護を要すると記載されている。

2015 年○○月○○日の診療録に「認知症は相変わらず」と記載されている。○○クリニックの訪問診療はこの記録が最後である。サービス付き高齢者向け住宅○○への入居に伴って、○○病院で診療を受けることになった。

3. サービス付き高齢者向け住宅○○への入居と○○病院での診療など

2015 年 7 月 25 日に、サービス付き高齢者向け住宅○○に入居したため、○○クリニックから○○病院への診療に戻っている。

2015 年○○月○○日に、もの盗られ妄想や易怒性に対して、抑肝散を追加されている。

2015 年○○月○○日には、メモリー®を 15mg/日から 20mg/日へ増量されている。

4. 介護付き有料老人ホーム ○○への入居と○○クリニックへの診療情報提供書など

2015 年 10 月 12 日に、サービス付き高齢者向け住宅○○から、○○に入居

されている。

入居に伴い、2015 年〇〇月〇〇日付で〇〇病院から〇〇クリニックへ診療情報提供書を作成されている。その診療情報提供書には“2011 年頃よりもの忘れが進行し、2013 年〇〇月に〇〇病院を初診されたこと”が記載されている。また、“アルツハイマー型認知症と診断してメマンチン(メマリー®の一般名)を開始したところで、転居のためにいったん終診となっていた”ことも記されている。

5. 〇〇クリニックの診療録および紹介先未記入の診療情報提供書

上述した通り、〇〇へ入居されたことに伴い、2015 年〇〇月〇〇日に〇〇クリニックの診療が開始されている。

〇〇への転居に伴い、2015 年〇〇月〇〇日の最終診察の際に、紹介先未記入の診療情報提供書を記載されている。

6. 〇〇クリニックの診療録、居宅療養管理指導書、主治医意見書

2016 年〇〇月〇〇日から訪問診療が始まり、〇〇病院で増量されていた通りに、メマリー®20mg を処方されている。認知症高齢者の日常生活自立度 IIb と記載されている。

2016 年〇〇月〇〇日付の居宅療養管理指導書では、主病名にアルツハイマー型認知症と記載されており、認知症高齢者の日常生活自立度は IIb と記載されている。

2016 年〇〇月〇〇日付の主治医意見書では、2012 年から認知症にて加療中であることが記されている。そして、認知症高齢者の日常生活自立度 IIb と判定されている。短期記憶は問題あり、日常の意思決定を行うための認知能力はいくらか困難、自分の意思の伝達能力はいくらか困難と判断されている。

2016 年〇〇月〇〇日付の居宅療養管理指導書では、要介護 2 と記載されている。

以後、訪問診療が継続され、徐々に痰がらみが増えていた。

7. 〇〇の療養に関する記録

2015 年〇〇月〇〇日に、介護付き有料老人ホーム 〇〇を退去し、〇〇へ転居されている。

2016 年〇〇月〇〇日付の〇〇居宅介護支援事業所作成のアセスメントシートでは、もの忘れがあり、ものとられ妄想・作話・感情が不安定・しつこく同じ話をする・ひどい物忘れなどの精神・行動障害がみられている。

2017 年〇〇月〇〇日からのサービス実施記録では、意欲・関心・記憶への

働きかけが行われていたことが記されている。

2017 年〇〇月〇〇日から 2018 年〇〇月〇〇日までの間、数か月ごとに〇〇の〇〇氏によってアセスメントシートが作成されている。2017 年〇〇月〇〇日の時点で、もの忘れがみられ、ときどき作話や同じ話がみられ、感情が不安定で、落ち着きがない様子であった。

2022 年〇〇月〇〇日に発熱し、翌日から抗生剤を開始されている。2022 年〇〇月〇〇日、〇〇にて永眠された。

8. 自筆証書遺言

2015 年〇〇月〇〇日付で作成されたとされる、自筆証書遺言が残されている。本患者の死亡後、財産を長男 〇〇氏と長女 〇〇氏とで半分に分けるものとし、〇〇氏にも、長男と長女との話し合いにより相応の金額を渡すものとするという内容。

第 2 本患者の病態検討に関わる医学的知見

1. 認知症の診断

代表的な認知症の診断基準には、世界保健機関による国際疾病分類第10版（ICD-10）や米国国立老化研究所/Alzheimer病協会ワークグループ National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroup（NIA-AA）基準、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第5版（DSM-5）がある（文献1 p.2-3）。ICD-10は1993年、NIA-AAは2011年、DSM-5は2013年に発行されている。例えばDSM-5では「1意識障害がないことが前提であり、2記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、見当識障害や判断力の障害、実行機能障害が認められ、3それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、4病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、5うつ病などが除外されれば認知症」と診断される。それぞれの診断基準には細かい差異はあるものの、ここに挙げた診断基準は、おおよそ「せん妄や精神疾患によらず、複数の認知機能低下によって日常生活に支障が生じた」状態と要約できる（表1～3; いずれも文献1より転載）。決して改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下HDS-R)などの神経心理検査の点数だけによって、認知症か否かの判定を行うものではないことに注意が必要である。認知症診療ガイドライン 2017においても、「いずれの評価法を用いる場合においても、各評価法のカットオフ値だけで異常かどうか判断するのではなく、病前能力や診察時の心身の状態などを十分考慮して、病前とどう変化したかを的確に捉える必要がある」と記載されている（文献1 p.25-27）。この内容が、下記の認知症の診断基準に

も反映されていると言える。

表 1 | ICD-10 による認知症の診断基準の要約(1993 年)

- 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。

[融 道男ら 監訳。ICD-10 精神および行動の障害：臨床記述と診断ガイドライン。東京：医学書院；1993.]

表 2 | NIA-AA による認知症の診断基準の要約(2011 年)

- 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

[McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011 ; 7 (3) : 263-269.]

表 3 | DSM-5 による認知症(DSM-5)の診断基準(2013 年)

- 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, 複雑な手段の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).

[日本精神神経学会 日本語版用語 監修, 高橋三郎, 大野 裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2014.]

2. アルツハイマー型認知症の診断

アルツハイマー型認知症は、記憶あるいは非記憶領域の客観的認知機能障害を主徴として、緩徐に進行する認知症である（文献1 p.210）。アルツハイマー型認知症の診断基準は、平成25年に改定されたDSM-5（表1; 文献1 p.211より転載）が広く用いられてきた。NIA-AAからも、平成23年に診断基準が提案されている（表2; 文献1 p.211より転載）。さらに、平成26年には新たなアルツハイマー病先端研究診断基準(IWG-2診断基準)が発表された（表3; 文献1 p.212より転載）。

表 1 | DSM-5 における Alzheimer 型認知症(major neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease)の診断基準

- A. 認知症の診断基準に一致
- B. 少なくとも 2 つ以上の認知機能領域で障害が潜行性に発症し緩徐に進行する
- C. ほぼ確実な Alzheimer 型認知症: 1 か 2 のどちらかを満たす
 - 1. 家族歴または遺伝学的検査から Alzheimer 病の原因遺伝子変異がある
 - 2. 以下の 3 つすべてがある
 - a. 記憶・学習の低下および他の認知機能領域の 1 つ以上の低下
 - b. 着実に進行性で緩徐な認知機能低下で, 進行が止まることはない
 - c. 混合性の原因がない(他の神経変性疾患や脳血管障害, 他の神経疾患, 精神疾患, 全身疾患など)
- 疑いのある Alzheimer 型認知症: 1 か 2 を満たさない場合
- D. 脳血管障害, 他の神経変性疾患, 物質の影響, その他の精神・神経疾患または全身疾患ではうまく説明できない

[日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕 監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 602-603, 医学書院, 2014 より]

表 2 | NIA-AA による診断ガイドライン

ほぼ確実な Alzheimer 型認知症

1. 認知症があり

- A. 数か月から年余に緩徐進行
- B. 認知機能低下の客観的病歴
- C. 以下の 1 つ以上の項で病歴と検査で明らかに低下
 - a. 健忘症状, b. 非健忘症状: 失語, 視空間機能, 遂行機能
- D. 以下の所見がない場合
 - a. 脳血管障害, b. Lewy 小体型認知症, c. behavioral variant FTD,
 - d. 進行性失語症 (semantic dementia, non-fluent/agrammatic PPA)
 - e. 他の内科・神経疾患の存在, 薬剤性認知機能障害

ほぼ確実性の高い Probable Alzheimer 型認知症

認知機能検査の進行性低下例, 原因遺伝子変異キャリアー

疑いのある Alzheimer 型認知症

非定型な臨床経過

他疾患の合併例

- a. 脳血管障害, b. Lewy 小体型認知症, c. 他の神経疾患や内科疾患, 薬剤性

Alzheimer 病病理が存在するほぼ確実な Alzheimer 型認知症

脳 A β 蓄積のバイオマーカー: CSF A β 42 低下, アミロイド PET 陽性

2 次性神経変性や障害のバイオマーカー:

脳脊髄液総タウリン酸化タウ増加, 側頭・頭頂葉の糖代謝低下 (FDG-PET)
側頭・頭頂葉の萎縮 (MRI 統計画像処理)

Alzheimer 病病理が存在する疑いのある Alzheimer 型認知症

非 Alzheimer 型認知症の臨床診断, バイオマーカー陽性か AD の脳病理診断

注: アミロイド PET, FDG-PET および脳脊髄液 A β 42 測定はわが国では保険適用外検査である。

[McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011; 7(3): 263-269. より, 一部改変]

表 3 | Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease : IWG-2 診断基準

<p>1. 典型的 Alzheimer 型認知症 (A + B)</p> <p>A. 特徴的臨床症状 早期の有意なエピソード記憶障害の障害か他の認知機能・行動障害 6 か月以上の記憶の緩徐進行性変化 他覚的海馬型記憶障害がエピソード記憶検査で障害</p> <p>B. Alzheimer 病病理の存在 (以下のうち 1 つ) CSF t-tau カリン酸化タウ上昇を伴う Aβ42 減少 アミロイド PET 陽性 <i>PSEN1</i>, <i>PSEN2</i>, <i>APP</i> の原因遺伝子変異</p> <p>除外基準 病歴：突発性、歩行障害、けいれん、行動障害の早期出現 臨床症状：局所神経症状、早期錐体外路症状、早期の幻視、認知機能変動 他の原因：非 Alzheimer 型認知症、大うつ病、脳血管障害、中毒、炎症、代謝障害、MRI FLAIR や T2 で側頭葉内側面に感染や血管障害がある</p>	<p>2. 非定型 Alzheimer 型認知症 (A + B)</p> <p>A. 特徴的臨床症状 (以下のうち 1 つ)</p> <ul style="list-style-type: none"> Posterior variant Alzheimer 型認知症 後頭側頭葉型：早期に対象、シンボル、言葉や顔の視覚認知機能障害 両頭頂葉型：Gerstmann 症候群、Bálint 症候群、肢節運動失行や無視など 視空間機能障害 Logopenic variant Alzheimer 型認知症 語意、文法や発語において語想起と文の復唱が早期で著明な進行性障害 Frontal variant Alzheimer 型認知症 アパシー、脱抑制、遂行機能障害が早期に著明な進行性行動障害 Down 症候群 <p>B. Alzheimer 病病理の存在 (以下のうち 1 つ) 脳脊髄液総タウカリン酸化タウ上昇を伴う Aβ42 減少 アミロイド PET 陽性 <i>PSEN1</i>, <i>PSEN2</i>, <i>APP</i> の原因遺伝子変異</p> <p>非定型 Alzheimer 型認知症除外基準 病歴：突発性、エピソード記憶障害の早期の著明な出現 関連する症状が他の原因で起こっている（うつ病、脳血管障害、中毒、炎症、代謝障害）</p>
<p>3. 混合型 Alzheimer 型認知症 (A + B)</p> <p>A. 臨床症状とバイオマーカーによる Alzheimer 病の証拠 (2 者が必要) 海馬型記憶障害か非定型 Alzheimer 型認知症のどれかの症状 脳脊髄液総タウカリン酸化タウ上昇を伴う Aβ42 減少あるいはアミロイド PET 陽性</p> <p>B. 臨床症状とバイオマーカーによる混合型病理の証拠 脳血管障害 脳卒中の既往か局所神経症状あるいは両者 MRI で対応する病巣、小血管病や戦略的部位のラクナ梗塞、脳出血の存在 Lewy 小体病 錐体外路症状、早期の幻視、認知機能の変動 ドパミントランスポーター PET の異常</p>	

[Dubois B, Feldman HH, Jacova C, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease : the IWG-2 criteria. Lancet Neurol. 2014 ; 13 (6) : 614-629. Erratum in : Lancet Neurol. 2014 Aug ; 13 (8) : 757. より]

3. 日常生活自立度

厚生労働省は障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度を定めている（文献2 p.155～157）。前者は寝たきり度とも呼ばれ、身体の自立度を評価するものであり、後者は認知機能による自立度または介護必要度を評価するものである。一般的には介護保険の認定に用いられている。

障害高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

第3 本件鑑定対象者の認知機能についての医学的見解

2015 年〇〇月〇〇日付で〇〇病院の〇〇医師が〇〇クリニック宛に作成した診療情報提供書によれば、本患者は 2011 年頃からもの忘れが進行していたことが記されている。

また、2013 年〇〇月〇〇日から開始された〇〇クリニックの訪問診療では、初診時からアルツハイマー型認知症の傷病名がつけられ、〇〇病院から引き継いだ形でメマリー®10mg/日を処方されている。2013 年〇〇月の時点で、服薬管理ができておらず、認識にずれがあることを指摘されている。

そのうえで、2014 年〇〇月〇〇日に要介護認定において、要介護 1 と認定されている。これは“要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満又はこれに相当すると認められる状態”と定義されている。この意義については、後述する。

ここまでの記録を認知症の診断基準に照らすと、「記憶力を中心とした認知機能の低下がみられ、日常生活に支障を来して介護を必要とする」状況であったということであり、認知症であったと言える。

次に、本患者の認知症の背景がアルツハイマー型認知症として矛盾しないかを検討する。「本患者の臨床経過」でも示された通り、全体の経過は緩徐進行性であり、記憶力の低下が主たる問題であった。この経過はアルツハイマー型認知症の診断基準に照らしても典型的と言える。本患者でメマリー®を導入された際の経緯を資料から読み取ることはできないが、そもそもメマリー®はアルツハイマー型認知症に対してしか保険適応がない。従って導入に至った際も、上述の臨床経過がアルツハイマー型認知症の診断基準に照らして矛盾しないと判断されたものと推定される。なお、その後にももの忘れや易怒性を呈している経過もアルツハイマー型認知症として矛盾しない。今回の資料には頭部画像検査はないが、審査した資料からは、血管性認知症をはじめとした他の要因による認知症を、積極的に示唆する所見は見受けられない。

その次に、本患者がアルツハイマー型認知症としてどの程度の認知機能を有していたかを検討する。

2014 年〇〇月〇〇日に〇〇クリニックから訪問診療がなされた際、訪問診療が必要な理由として「アルツハイマー型認知症による精神的な機能低下著明。」と記載されている。その後も 2015 年〇〇月〇〇日に〇〇クリニックからの最終訪問診療がなされるまで、「認知症は相変わらず」と記載されている。

2015 年〇〇月〇〇日に再び〇〇病院で診療を受けており、2015 年〇〇月〇〇日にはメマリー®を 20mg へ増量されている。メマリー®の「効能又は効果」は「中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」であり、維持量かつ最大投与量は 1 日 20mg である(文献 3)。すなわち、〇〇病院では高度アルツハイマー型認知症に至っていると判断されたからこそ、20mg の維持量まで増量されたものと推測される。

2016 年〇〇月〇〇日付の主治医意見書では、認知症高齢者の日常生活自立度 IIb と判定されている。短期記憶は問題あり、日常の意思決定を行うための認知能力はいくらか困難、自分の意思の伝達能力はいくらか困難と判断されている。

以後、2016 年〇〇月〇〇日付のアセスメントシートでは、もの忘れがあり、ものとられ妄想・作話・感情が不安定・しつこく同じ話をする・ひどい物忘れなどの精神・行動障害がみられており、アルツハイマー型認知症として、着実に認知機能の低下が進行していたことが読み取れる。

以上の経過からは、本件の自筆証書遺言が作成された 2015 年〇〇月〇〇日の時点では、既に高度アルツハイマー型認知症に至っていたものと推定される。

なお、いわゆる行動心理症状と、認知機能障害の程度は相関するものではない(文献 4)。従ってアルツハイマー型認知症を背景とした行動心理症状による、“異常行動”の程度が極端なものでなかったとしても、判断能力が欠如していなかった根拠にはならない。また、2015 年〇〇月〇〇日に、もの盗られ妄想や易怒性に対して、抑肝散を追加されている。抑肝散はこれらの症状を緩和することが期待される薬剤であり、以後の“異常行動”を緩和していた可能性が考えられる。

また、本患者は 2014 年〇〇月〇〇日に要介護 1 と認定されており、2016 年〇〇月〇〇日には要介護 2 と認定されている。前者は上述したように“要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満又はこれに相当すると認められる状態”と定義され、後者は“要介護認定等基準時間が 50 分以上 70 分未満又はこれに相当すると認められる状態”と定義されている。従って、時期的にはちょうど中間程度である 2015 年〇〇月〇〇日頃には、日常的な身体介助や歩行、機能訓練などに要する時間が 50 分程度であったと考えられる。

要介護認定の設計は、認定調査における基本調査 74 項目の結果が基本となっている(文献 2p.1)。この 74 項目は“身体機能・起居動作”、“生活機能”、“認知機能”、“精神・行動障害”、“社会生活への適応”、“その他”で構成されている。従って、“身体機能や起居動作”や“生活動作”が保たれていると、“認知機能”の程度に比して介護認定の程度は軽くなりうる。本患者が〇〇に居住していた期間のアセスメントシートをみると、アセスメント実施日が 2018 年〇〇月〇〇日と明記されている〇〇居宅介護支援事業所のアセスメントシートにおいてさえ、起き上がりや片足での立位保持につかまるところや支えるところが必要であるほかは、身体機能はほぼ自立していたことが分かる。すなわち、要介護度の程度を、そのまま本患者の遺言能力の程度として判断することはできない。

本患者は 2016 年〇〇月〇〇日付の主治医意見書では、認知症高齢者の日常生活自立度 IIb と判定されている。これは“日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる”という状態が、家庭内でも見られていたことを意味している。すなわち、誰かが注意していないと自立できなかったともいえる

状況である。そして短期記憶は問題あり、日常の意思決定を行うための認知能力はいくらか困難、自分の意思の伝達能力はいくらか困難と判断されている。

そして、〇〇の2016年〇〇月〇〇日付のアセスメントシートでは、もの忘れがあり、ものとりれ妄想・作話・感情が不安定・しつこく同じ話をする・ひどい物忘れなどの精神・行動障害がみられている。

以上の状況をふまえると、2015年〇〇月〇〇日時点で、本患者の認知能力は著しい障害が生じており、自筆証書遺言の内容を理解した上で作成することは、相当に困難であったと考えられる。

第4 結論

鑑定した資料の期間では、2013年〇〇月〇〇日までにはメモリー®10mgが処方されていた。従って、遅くともこの時点で「中等度アルツハイマー型認知症」に至っていたものと考えられる。2014年〇〇月〇〇日の時点で、「アルツハイマー型認知症による精神的な機能低下著明」だったからこそ、訪問診療が必要であったことが示されている。以後、2015年〇〇月〇〇日にはメモリー®を20mgへ増量されたことから、この時点で「高度アルツハイマー型認知症」に至っていたと判断されたことが分かる。

以上より、2015年〇〇月〇〇日の自筆証書遺言について、本患者は、当該遺言の内容を理解し、遺言の結果を弁識し得るに足る能力はなかったものである。

したがって、2015年〇〇月〇〇日の自筆証書遺言は、疑問の余地なく無効であると意見する。

以上

参考文献

1. 認知症疾患診療ガイドライン 2017
2. 認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月改訂）
3. 医薬品インタビューフォーム メマリー®錠 2021 年 2 月（第 18 版）
4. 中核症状（認知機能障害）と行動・心理症状（BPSD）の関係. BRAIN NURSING 2020. 36（3）：98(314).

別紙 鑑定医師略歴

1 氏名

〇〇

2 経歴

〇〇年 : 〇〇大学医学部 卒業

〇〇年 : 〇〇病院

〇〇年 : 〇〇病院神経内科

3 資格等

〇〇〇〇

4 論文等

論文（筆頭著者のみ）：

〇〇〇〇

5 受賞歴

〇〇〇〇