

## 参考資料 4 各団体からの意見書

1) 日本病院会	1
2) 日本精神科病院協会	2
3) 日本医療法人協会	4
4) 全日本病院協会	6
5) 日本歯科衛生士会	8
6) 日本作業療法士協会	9
7) 全国老人福祉施設協議会	28
8) 全国老人保健施設協会	34
9) 日本慢性期医療協会	36
10) 日本神経学会	37
11) 日本神経治療学会	41
12) 日本精神神経学会	43
13) 日本認知症学会	46
14) 日本老年医学会	50
15) 日本老年精神医学会	55



認知症患者の尊厳を保ちながら意向を尊重した医療を提供するための取組について  
意見書

一般社団法人日本病院会  
会長 相澤 孝夫

認知症患者は生活機能障害に陥りやすく、入院中だけでなく退院後の生活においても多大なサポートが必要です。そのためには、看護職員や介護福祉士などの人員配置や家族によるサポートが重要です。認知症患者の尊厳を保ちながら本人の意向を尊重した医療を提供するために必要な取組について意見を申し上げます。

**○院内デイサービスの充実**

認知症患者が入院中に遭遇する不安や混乱を軽減するために、患者一人ひとりの生活リズムや好みに合わせたケアの提供が必要です。具体的には、院内デイサービスの充実や、夜間も含めた定期的な見守り体制の確立が求められます。院内デイサービスでの活動は、認知機能の低下を防ぐために重要な役割を果たします。このような日常的な活動を継続し、認知機能の低下を防ぎ社会的な交流を持つことが重要と考えます。

**○家族の付き添いの奨励**

認知症患者の病院でのケアにおいて、家族の積極的な関与は患者の安定と心理的安心に大きく寄与します。家族の付き添いを奨励することにより、患者はより穏やかで、安心感のある環境で治療を受けることが可能となるとともに、患者の意向や好みを病院側に伝える大切な役割を担うこともできます。また、家族の付き添いが難しい認知症患者についてのフォローも考える必要があります。

**○せん妄予防の重視**

せん妄は認知症患者にとって深刻なリスクを伴います。せん妄を予防するために適切な照明、騒音の管理、規則正しい生活リズムの保持など環境調整を心掛ける必要があります。また、適切な薬物管理と定期的な健康チェックを行い、リスク要因を早期に特定して対応することが重要です。

**○退院後の生活支援の体制整備**

退院後、認知症患者が直面する問題として、日常生活の適応困難、孤立感の増大、再入院のリスクなどが挙げられます。認知症患者の尊厳と意向を尊重するためには、入院中だけでなく、退院後の生活においても家族の積極的な参加と地域の支援が不可欠であるため、患者と家族が退院後も安心して生活できる体制を地域とともに整えることが重要です。

以上

令和 6 年 4 月 23 日

認知症施策推進関係者会議  
委員各位

公益社団法人  
日本精神科病院協会

### 「認知症施策推進基本計画策定への意見書」

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。基本的施策において医療との関りが特に大きな分野について意見を述べます。

#### 1. 意思決定支援及び権利利益保護について

成年後見制度の利用促進が十分に行われていません。令和 4 年 1 月～12 月の成年後見関係事件の概況によると、申立件数は約 39,000 件であり、前年とほぼ同数でした。またその内の後見・保佐開始の申立は全体の 90%を占め、原則精神鑑定が必要とされていますが、十分な調査等もなく認容で終局した件数が約 95.4%と大変多い状況にあります。認知症高齢者の財産を守り、意思決定等が十分に反映される制度の見直しが必要と思います。

#### 2. 研究等の推進、認知症の予防等について

令和 6 年 3 月 19 日、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱が改正されました。平成 20 年にこの事業が再開され、令和 5 年 10 月現在、全国の 2 次医療圏に 505 ヶ所設置されました。しかし、認知症施策の専門医療機関であるはずの認知症疾患医療センターの国民への認知度は低く、国民への普及は未だ十分とは言えません。

今回の改正内容では進行予防から地域生活の維持まで提供できる体制を図ることを目的としています。特にアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬（抗 Aβ 抗体薬）に係る治療・相談支援機能が追加されました。さらに抗 Aβ 抗体薬治療の適応外である者への支援等が明記されています。診断後支援の重要性が改めて示されました。

あらゆる認知症の相談から、鑑別診断、薬物療法・非薬物療法、地域連携から診断後支援まで一貫して認知症の人やその家族への支援を行うことが

求められています。

### 3. 抗 A $\beta$ 抗体薬について

抗 A $\beta$  抗体薬のレカネマブが国内で承認され、治療が開始されています。対象者はアルツハイマー病の軽度認知障害、初期認知症に限定され、さらに多くの制限があります。このため、アルツハイマー病の診断は付いたが治療対象外の人々が増加することが考えられます。診断後の心理・社会的支援体制は認知症疾患医療センターや精神科領域が担わなければなりません。レカネマブ投与が開始されている海外において、適応外になった人の自殺が増加したとの報告もあります。

現在、レカネマブとは別に新たな抗 A $\beta$  抗体薬が国内において申請されています。今後、このような新薬の対象外になった認知症の人を見捨てることなく長い経過をサポートする為にも認知症疾患医療センターを窓口にして、実施医療機関等に紹介、その後のフォローを行う体制を整備することが重要です。

### 4. 認知症の行動・心理症状 (BPSD) について

BPSD は予防が最も大切です。認知症に関する正しい知識、正しい理解を深められるよう体制を整えることが必要です。介護のデイサービスだけではなく、医療の認知症デイケアを整備することも必要です。軽度認知症デイケア、若年性認知症デイケア等、多職種（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士等）の連携により、長く在宅で生活できる体制を整えることが重要です。

### 5. 地域連携の重要性について

かかりつけ医や初期集中支援チームとの連携は重要です。しかし、当事者より同意が得られない場合は大変苦慮しています。身寄りも近くにいない場合等、連絡がとれない場合は、地域包括支援センター等も含め、市町村長の同意で行政が動くことができる体制があると利便性が高まるかもしれません。

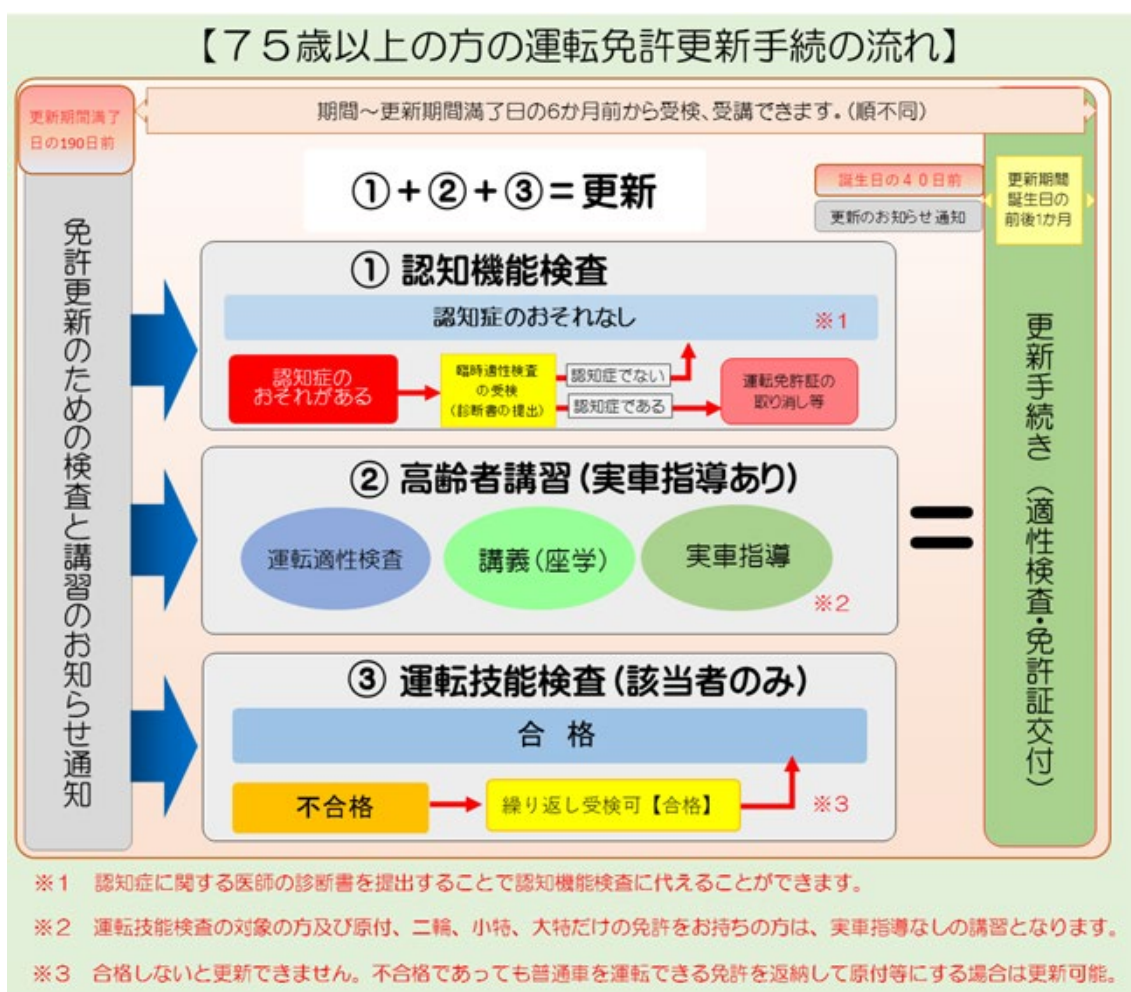
以上

## 意見書

一般社団法人日本医療法人協会

まず、認知症と向き合う「幸齢社会」実現に向けた政府の取り組みに対して敬意を表するところであります。私は認知症疾患医療センターの医師（日本認知症学会専門医）として、関係者会議の資料を閲覧する中で言及されていない事項がありましたので、一言申し上げます。

それは、現在行われている自動車運転免許証更新制度における高齢者、特に75歳以上の高齢者の更新時の検査等についてであります。現行の更新手続きの流れは以下のようになっています。



認知機能検査では、①短期記憶（記銘力）：16種類の絵を記憶し、何が描かれていたかを回答と②見当識：検査時の年月日、曜日及び時間を回答の二種の検査を行い、36点に満たないものを認知症のおそれありとして、臨時適性検査（専門医の診断）の受検又は診断書の提出が必要とされています。

これらに加え、運転技能検査が必要とされる該当者（免許更新時、75歳以上の普通自動

車対応免許を所持している方のうち、運転免許証の有効期間満了日の直前の誕生日の 160 日前の日前 3 年間に、一定の違反歴がある方が対象となります。道路交通法違反は、(1) 信号無視、(2) 通行区分違反、(3) 通行帯違反等、(4) 速度超過、(5) 横断等禁止違反、(6) 踏切不停止等・遮断踏切立入り、(7) 交差点右左折方法違反等、(8) 交差点安全進行義務違反等、(9) 横断歩行者等妨害等、(10) 安全運転義務違反、(11) 携帯電話使用等の 11 種類となっております。

運転技能検査は、普通自動車でコースを運転して課題（指示速度による走行、一時停止、右折・左折、信号通過、段差乗り上げ）を実施します。100 点満点中、大型二種、中型二種又は普通二種の免許所持者は 80 点以上、それ以外の方は 70 点以上で合格となります。

この制度の問題点は、認知機能検査のうち短期記憶の検査は運転能力と全く関係がないことです。認知機能は様々な側面を持っており、認知症は単に記憶の障害（物忘れ）の病態でなく人格面の障害を伴うものだからです。意味のない検査をさせられることは高齢者にとって屈辱そのものであり、廃止すべきと思われます。一方、交通違反者に対する運転技能検査は、懲罰的な意味合いを持ち、対象者にとって不公平感を抱かせるものであります。つまり、交通違反はたまたま捕まったものが懲罰を受けるだけで、捕まらない違反者は五万といるからです。

そこで提案は、更新時には全ての高齢対象者に運転技能検査のみを課すというものです。高齢になると、運転技能の衰えを自覚するものです。夜間の運転、降雨・降雪時の運転、長距離・長時間運転、目・耳の機能の衰えからくる反応速度の低下、注意力・集中力の低下、等に多かれ少なかれ不安を抱きます。従って、運転技能検査は、前記状況をふまえたプログラムを盛り込んだシュミレーターで行い、一定の評価を得たものを合格とし、更新可とします。時間的には 20 分程度で検査可能です。

運転免許証を失った高齢者は、活動範囲が極端に狭くなります。都会ならともかく中山間地では移動に車は不可欠です。コミュニティーバスの運行はすべての自治体に普及しているわけではありません。高齢者特に認知症者の移動に対する施策は更なる検討が必要であることは言うまでもありませんが、まだ自ら運転可能な認知症者から運転免許証を奪う愚を犯してはなりません。更新制度の見直しを強く訴えるものです。

認知症の方の尊厳が保持されていない場合とは、どのような状況を考えるべきか。

- ・ 救急搬送され、尊厳死を希望されている、治療内容が希望と異なる
- ・ 認知症を理由に病院や施設から自宅へ退院・退所出来ない
- ・ 医療提供・介護現場で、本人の意向が尊重されない
- ・ 虐待、身体拘束、暴言を言われる、放置

これら問題の発生原因は、医療・介護現場や市民に対して、認知症に関する情報不足と仕組みが足りないことではないかと考える。暴言や虐待、放置するというモラルの問題は、各職場における職員教育や文化の醸成によって防ぐしかないと考える。情報不足・仕組みの問題に関して記載する。

## 1. 市民に対する情報不足

認知症とは何かに関する情報が不足している。アルツハイマー型であれば短期記憶障害を基本として、周辺症状が発生するのだが、多くの市民は全てを失うように考えている。歩んできた人生や経験・環境は最後まで人格として残ると理解されていない。この情報をもっと周知していくべきであろう。

本人が意思決定しておくことACP（Advance Care Planning）の重要性が認識されていない。そもそもACPという概念を多くの市民が知らない状況にある。ACPではなくAD（Advance Directive）事前指示と混同している。ADでは意思が尊重しづらいことも普及すべきである。健康で意思決定が可能な時期に、意思推定人を決定して、自分の残された人生をどのように歩みたいのか伝えておくこと。ACPが自分の尊厳を保持することにつながると伝えておく。この重要性を伝えるべきであろう。

ACPという考え方、そのものにも問題がある。ACPの発動が亡くなる1年前とされているが、認知症で亡くなる1年前では本人の意思が推定できない状況にあると考えられる。もっと前から、常に日常生活の上でALP（Advance Life Planning）として意思決定を意思推定人に伝えるべきであろう。

## 2. 医療・介護現場で働く人の情報不足

市民と同様に、認知症は全ての認知機能を失うと理解していることが多い。その人が歩んできた人生・経験・環境は人格として残り、失われていないと理解すべきである。この理解を進めることが重要と考える。認知症の人として一括りに考え、扱うのではなく個別に人格を尊重して対応すべきである。その教育を医療・介護提供機関でそれぞれに行うべきであろう。

ACPやADを尊重することについて、情報提供すべきである。ACPやADは、本人の意思であり、その人の人生の目的であると理解すべきであろう。認知症の方の尊厳の保



持を具体的に表すと、ACPやADを実行することであると理解すべきではないか。人生の最後を迎える際に、自分の意思が反映されないことは本人にとって、大変無念なことであろうと推察する。

### 3. 仕組みの問題

ACPやADが本人の意思を表すものであり、尊厳の保持を実行するためのものと理解した上で、これを実行する仕組みが足りないように考える。

各地域において、ACPやADが示された時に、医療提供者・介護提供者がどのように取り扱えば良いのか、具体的な取り扱いが決められていない地域が多い。

独居高齢者がADを記載していたとして、救急搬送の際に救急隊や地域の人にはADを探してくれるだろうか。独居高齢者は誰にACPを伝えれば良いのだろうか。ADを救急隊が医療機関へ提出したとして、医療機関はADに従うだろうか。極めて疑問である。地域においてACPやADの取り扱い方法を、医療機関のみならず救急隊や行政、介護施設、市民全体が理解し、実行することが出来なければ成立しない。法律で規定するようなものではないが、地域で議論し地域全体に周知すべきものであると考える。

医療提供機関や介護施設でACPやADをどのように取り扱うのか、決まっていない場合が多いと思われる。ACPやADに示された意思を鵜呑みにしてはいけない。痛みがひどければ寝かせて看取って欲しいと記載された場合、本心なのか考えねばならない。痛みを軽減できれば、生存したいと願っているのではないか。これを推定する仕組みが必要である。少なくとも、医師が一人で判断するのではなく、本人の意思を推定する人と医療提供者・介護者など複数の人の意見で決定していく仕組みが必要であると考え。これを、施設ごとに仕組みとして決定しておくことができ、尊厳を保持できるようになると考える。

**認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らす上で重要と考える取り組みの方向性についての意見**

認知症の方がその人らしく生活を送る上で、住み慣れた地域において、食事や会話、歯みがきなどの支援方法が早期から継続して行われることが重要である。早期に専門家が関わり、歯科衛生士を含めた多職種連携を続けることで、口腔機能を維持し、低栄養を予防することができ、QOL向上も可能となる。

**1. 受診時の対応について**

- 外来受診時に早期の認知症状に気付いた場合、家族に報告し地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。
- 認知症の人が自立して、かつ安心・安全に通院できる環境を確保(移動、見守るための体制の整備)する。
- 患者の状態の把握と支援方法について、歯科医院等のスタッフ全員が理解する。
- かかりつけ医(医科・歯科)間で認知症の病態・症状・服薬を共有する。
- 受診に不穏な状態が予想される場合は、予約時間の配慮や付き添いが必要である。
- 家族などの付き添いが困難で通院の安全が危うい場合は訪問歯科への切り替えを提案する。訪問時は、認知症の方が不穏になりやすい時間を避けた訪問予約をすることが望ましい。

**2. 関係機関との連携について**

- 情報提供の漏れが無いよう、患者さんに関係している事業所に情報提供を行う
- 患者や家族の了承を得て、関係機関と診療情報の共有や支援方法を共有する。
- 金融機関との連携により、金銭管理を支援する。
- 地域包括支援センター、担当ケアマネジャーと連携して、保健医療サービスが切れ目なく提供できるよう、情報の交換をすることが望ましい。

**3. 口腔ケアについて**

- 認知症の患者は、歯磨きを忘れる、義歯を使用していることを忘れる、義歯を無くす、無くしたことを忘れる等の様々な状況が起きることが予想されるため、周囲の協力がいる。
- セルフケアができなくなる時期を見据えて関わりを継続する。
- 歯科疾患の早期対応(治療)を促し、認知症の人が自らの意見で定期検診・口腔健康管理(予防)していけるよう必要な支援へつなぐことが望ましい。

**4. 咀嚼機能等の維持・向上について**

- リスクマネジメントをしながらできるだけ機能維持できるよう歯科だけでなく多職種で関わる。
- 咬合、咀嚼機能の評価を実施し、義歯の不適合、治療が必要な歯があれば、受診を勧奨する。

**5. その他の意見**

- 認知症を発症する前の認知症予備軍の段階から、歯科医療が途切れなく、継続的に受診ができるようなシステム作りが必要である。
- 歯科医療従事者の認知症に関する正しい知識、正しい理解を深めるための教育の必要性を痛感している。

## 第2回認知症施策推進関係者会議への意見書

認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らす上で重要と考える取組の方向性

－認知症の方のリハビリテーション施策として求められることを中心に－

一般社団法人 日本作業療法士協会

### 1. 認知症の方がリハビリテーションを受けられる体制の整備

#### ○中高度認知機能低下者に対する生活行為の維持・積極的参加に向けた支援の推進

令和6年度介護報酬改定では、訪問リハビリテーション事業所において、集中的な認知症リハビリテーションの提供として、認知機能や生活環境等を踏まえ、認知症の方の有する応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かした生活機能の改善に資する加算が新設されることとなった。生活機能に何らかの障害がみられる中等度から高度認知症の人に対するリハビリテーションの提供体制が整えられたと言える。

#### ○早期認知機能低下者に対する尊厳としての「できる能力の発揮」の機会の必要性

しかし、認知症と診断され、介護保険サービスを利用するまでの期間は16.9か月といわれ、その間の支援がないことが介護負担を増加させているとの報告がある<sup>1)</sup>。また、同報告では、軽度認知機能の低下が生じ、就労や日常生活で買い物や金銭管理、服薬管理などの複雑なIADLなど社会生活に様々な困難が生じる時期については、13.35か月あるといわれ、その間の支援体制は全くないといって過言ではない。介護が必要になる状態までの支援は、薬物療法の他、関わり方などについての情報提供はあるものの、本人の能力を継続的に発揮できるための「本人の有する能力を引き出す」支援はない。本人が有する能力を発揮し、社会や家庭において役割を持ち続けられるようにする支援は、本人の尊厳を保つためにも必要不可欠である。

#### ○認知症疾患医療センターにおける「本人の有する能力に焦点を当てた」作業療法士の関与の推進

今後は、早期の診断に訪れる認知症疾患医療センターの診断後支援の機能にリハビリテーションの機能を強化するとともに、医療機関からの早期のリハビリテーションが提供される体制の整備が求められる。令和5年に疾患修飾薬（レカネマブ製剤）が適応となり、超早期診断と治療が開始されたが、IADLの悪化抑制率は3割程度とされ、今後ますますIADLへの専門職の関わりは重要となる。例えば、介護予防事業の段階においても認知機能低下にともなう複雑なIADL障害の早期発見と認知症疾患医療センターや地域包括支援センターとの連携は必須となり、代償のおよび残存機能を活かした介護予防（リハビリテーション介入）が期待される。そのためにも医師をはじめ、認知症のリハビリテーションに対する理解を普及することも急務である。

## ○就労する家族に配慮した介護・診療報酬の充実

また、令和5年度老人保健健康増進等事業の中でも明らかになりつつあるが、早期の時期に環境や関わり方などを整えていくためには、家族の理解及び対応が重要である。家族には就労している者もあり、その指導のためには、土日や休日、時間外における訪問によるリハビリテーションの充実を図っていくことが大切である。

## ○「認知症になっても日常生活や社会生活が維持できる」ことについて国民への啓発普及の推進

さらに、認知症の人の有する能力を発揮するという目的を達成していくためには、認知症の人の認知機能の変化による生活障害を適宜適切な時期に効果的に評価し、介入をしていくことが求められる。国民全体の認知症のリハビリテーションについての理解を啓発していくことと、タイムリーな相談ができる体制、医療機関であればADL/IADLの定期的評価とニーズ確認、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理、精神科訪問看護・指導を活用した訪問指導ができる体制の整備していくことが求められる。

### ※1 認知症の人に対するリハビリテーションとは

認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際の生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすること。(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議より)

### ※2 作業療法とは

作業療法とは、身体及び精神に障害のある者に対し、応用的動作能力や社会適応能力の回復を促すリハビリテーション治療の一つである。

## 2. 認知症バリアフリーの推進

### (1) 環境などハード面への働きかけ

#### ○臨床現場で作業療法士が把握した環境ニーズの提案と企業との協働の推進

初期の認知症の人が躓く、トイレの水洗のし忘れ、電気のスイッチの消し忘れなどは、住宅設備における自動水洗や自動点灯装置などにより解決ができる。約束や用事、ごみの収集日の忘れなど予定記憶の問題は、スマートフォンのリマインダー機能を活用して補っている方も多い。また、道がわからなくなるなどについても、スマートフォンや車のナビ機能<sup>2)</sup>の活用などの習慣化により、解消できることも知られてきている。つまり、現在のスマートフォンのアプリ(リマインダーやナビゲーションなど)を早い段階から使い慣れておくことが、認知症になっても記憶を補完できる生活支援として十分役立つ。さらにキャッシュカー

ドの暗証番号忘れについては、今後は指紋や網膜などのセンサーなどの整備が暗証番号を記憶するという行為に取って代わる可能性が考えられている。

認知症の方に対する作業療法士の支援から見えてきた洗濯機の自動洗剤投入についても、何度もその必要性を企業に伝えることにより、製品として販売されるようになった。車いすの自動走行についても、声認識でトイレへの誘導ができるものの開発など、認知症の人にやさしい道具の開発がされてきているが、消費者まで、まだまだ届いていないのが現状である。今後、認知症のリハビリテーションが推進されることにより、一人ひとりが易しく使える道具の開発や環境を情報収集し、企業とむすびつけることや、必要な道具を作業療法士が一人ひとりに合わせて適宜適切に選定し、適合していくことが求められる。

このような認知症の人の生活の躓きについて、認知症官民協議会のようにそのニーズを吸い上げ、企業の道具の開発と結びつける組織的取り組みがより一層広がることが求められる。

## **(2) ソフト面への働きかけ**

### **○認知症の方の自己効力感を高める取り組みの推進**

介護支援専門員をはじめ、認知症の人の相談支援に関わる専門職に対し、認知症の人の持てる能力が発揮できるような支援の必要性の理解、及び連携体制の構築が求められる。現状では、家族の介護負担の軽減を目的とした通所サービスの利用が多く、本人にとっては利用目的が明確でないことから、通所サービスを拒否する者も多くみられる。認知症の方一人ひとりの生きがいや楽しみ、人との交流の機会を提供でき、かつ自宅での生活障害の改善を目標とする通所サービスの具体的なプログラムの在り方が求められる。また、進行に合わせ、新たな生活障害が生じた場合、適宜残存能力が発揮できるよう作業療法士の指導が受けられる介護と医療の連携体制が必要である。

## **(3) 認知症になっても働き続けられる、社会参加が失われない体制への働きかけ**

障害されてきている認知機能と残存している認知機能・生活機能を明らかにしつつ、環境を整え、関わり方を検討し、本人の能力が発揮できるようにしていくことは、若年性認知症についても同様である。就労年齢にある若年性認知症の人の就労能力の丁寧な把握と予後予測、作業工程分析に基づいて就労環境を整えていくこともまた求められている。

一事例一事例とのかかわりを大切にした企業の理解と相談先の周知、本人・家族の理解、若年性認知症支援コーディネーターと医療機関における作業療法士との連携を推進していくことが大切である。関わる人すべてに、認知症になったからといってすべての能力が失われるわけではないことと、認知症の人の意欲・意思・望みなどを含めた強さ・ストレングスに焦点を当てた考え方を普及することが大切である。

そのために、医療機関の外来での作業療法士による能力評価や訪問に行くための体制を整え、一事例一事例の取り組みから、地域社会に働きかけていく、地道な取り組みを推進し

ていくことも大切である。具体的には、市町村の理解を得、本人の能力・嗜好性を評価の上、福祉の就労継続支援事業の作業内容との適応、趣味などを提供するカルチャー教室、健康増進施設などについても検討し、そのサービスを提供している社会資源に対しても働きかけていく、介入ができる体制を推進していくことが求められる。

#### 参考文献

- 1) 認知症介護研究・研修仙台センター：認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業（平成 29 年度老人保健健康増進等事業）
- 2) Shimokihara S, Tabira T, et al. Usefulness of navigation application for outdoor mobility guides in community-dwelling older adults: a preliminary study. Disability Rehabilitation Assistant Technology18(4):467-474, 2023  
doi: 10.1080/17483107.2020.1870005.

\*本稿は、認知症対策としての研究開発状況に関する調査（EKID）医療研究開発革新基盤創生事業の一環として当会がとりまとめたものから抜粋し編集したものである。

## <参考>

### 1 認知症とともに生きる人に対するリハビリテーションの歴史的考察

#### (1) はじめに

認知症とともに生きる人のリハビリテーションについては、歴史は浅く、古い資料は少ない。また、リハビリテーションという語句で検索すると限界があるため、リハビリテーション専門職の関わってきた実践と研究を1970年から概観する。

#### (2) 1970-1980年代

国内の認知症に対するリハビリテーション専門職（療法士）の関わりは、高齢者のために制定された老人福祉法（1963年）による老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、特別養護老人ホームの設置が役割の一つであるとされる<sup>1)</sup>。当時の認知症とともに生きる人に対する理解は皆無に近く、「ボケ老人」の問題は当時の社会では家族の恥とされ、世間から隔離され、そのことを話題にするのはタブーとされていた<sup>2)</sup>。1972年に出版された有吉佐和子氏の小説「恍惚の人」（新潮社）はこれらの問題を浮き彫りにした話題作となり、当時は高齢者率7%であったことから、その後の高齢化とともに認知症に対する関心が次第に高まっていった。療法士が認知症者に制度的に関わるようになったのは、老人保健法（1982）さらにその改正の果たした役割が大きいとされる。老人デイケアや老人保健施設のリハビリテーション職種の配置基準にともない、在宅生活の維持、復帰を目指した機能維持・回復、ADL介入に焦点が当てられていった。1993年に日本作業療法士協会が発行した「痴呆性老人に対する作業療法の手引き」では、作業療法の役割として1) 知的機能の活性化、2) 情緒・感情面での安定化、3) 対人交流・コミュニケーションの促進、4) 日常生活活動の維持・改善、5) 身体機能の維持・改善、6) 介護家族への援助があげられており、現在の役割と大きな違いはない。しかし、実際の老人病棟での認知症患者に対するリハ種目は、ゲーム（69%）、パズル（57%）、更衣（55%）、移動（46%）であり<sup>3)</sup>、曜日や時間で活動がルーチン化された、集団での手工芸やレクリエーションが主流であった。さらに、介入手段としては身体活動やADL介入よりも机上での「手芸活動」が多く、作業療法の手芸イメージを強化した（してしまった）、のもこの時代であると考えられる。当時はエビデンスという言葉は皆無であり、認知症や高齢者の精神活動や認知機能、上肢機能に焦点が当てられた集団活動を手探りで実施していたのかもしれない。

### (3) 1990年代

1990年代に入り、様々な立場の医療職が認知症のリハビリテーションに関心を寄せるようになる。身体障害へのリハビリテーションの立場からは、机上での手芸活動中心では、身体活動量が少なく廃用症候群を生じやすいため、手がかりを使ったADLへの直接介入が重要としている<sup>4)</sup>。神経心理学的リハビリテーションの立場からは、脳損傷患者を中心とした記憶障害に対する訓練法（視覚イメージ法や間隔伸張法、外的補助手段など）が普及してきた<sup>5)</sup>。早期痴呆診断と介入に前頭葉機能が重要とことから、かなひろいテストが開発された<sup>6)</sup>、脳活性化訓練とされる前頭葉と意欲中枢を刺激するゲームやスポーツなどが効果として紹介された。心理社会的アプローチとしては、回想法やリアリティーオリエンテーション（RO）が施設での集団療法を中心に導入されはじめ、本人の心理面や認知機能だけでなく、職員、家族への効果が示されてきた<sup>7)</sup>。また、当時問題行動とされていた行動心理症状に対しては心理的安定や感情表出を目的としたスヌーズレンや音楽療法、バリテーションなども紹介されている。このように、医療側およびケア側から開発された様々な理論や方法論の開発は進んだ（図表5-3-1）<sup>8)</sup>が、介入種目が先行し、生活目標に対する目標志向的介入やエビデンスは発展途上の段階であったと考えられる。さらに、在宅復帰を目的とした身体障害リハビリテーションの「阻害要因」とする見解も多く<sup>9)</sup>、認知症リハビリテーションの理解は十分ではなかった。1995年精神科では、重度認知症を対象とした老人性痴呆疾患療法病棟が開始され、小グループで安心感や満足感、交流等を目的とした手芸活動が実践されていた。

### (4) 2000年代

2004年「痴呆」が侮蔑的な表現および早期発見・診断等の取り組みの支障となっていることから「認知症」に変更され<sup>10)</sup>、認知症の理解促進が急速に進むこととなる。また、2000年の介護保険制度の創設により訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護老人保健施設などに療法士の配置義務がなされ、WHOの国際障害分類（ICIDH）から国際生活機能分類<sup>11)</sup>（ICF）への変換によって生活モデルの捉え方を求められるようになった。しかし、この意識浸透は10年以上遅れてきたと考えられる。一方、2006年の介護保険改正によって介護予防が施策（特に特定高齢者施策）の重要な柱となり、予防への意識の高まり、エビデンスの構築、療法士の関与も進んだ。

1999年にPetersenら<sup>12)</sup>による軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment; MCI）の概念が登場し、予防的リハビリテーション（1-3次予防）の実践と研究が急増した。例えば、定期的な有酸素運動（身体活動）は認知機能低下予防<sup>13)</sup>のみならず海馬周辺の萎縮を予防し、神経栄養因子（BDNF）が関与するなどの身体活動の効果研究<sup>14)</sup>が盛んとなった。特に運動だけではなく認知機能も同時に刺激する二重課題がより認知機能低下予防に寄与する<sup>15)</sup>



など、研究で示されたことが各地の介護予防教室で取り入れられるようになった。他に地中海料理などの栄養因子、学習療法<sup>16)</sup>などの認知トレーニングなどのエビデンスが増え、社会交流まで含めた多因子介入が推奨されるようになってきた。認知トレーニングは「脳トレ」と表現し、読み、書き、計算に加えて記憶課題、空間課題、注意課題など様々な認知機能を含んだ本やソフトウェアが流行した。

一方、海外の作業療法では、地域在住認知症高齢者へ介入しADLや行動心理症状が改善した報告も見られ始めた。Graffら<sup>17)</sup>が、自宅へ訪問して対象者の残存能力を発揮するための環境調整や介護者に対する指導援助を行うことによってADLが改善され介護負担が軽減されたことを報告した。また、Gitlinら<sup>18)</sup>は、家庭環境スキル構築プログラム(Home Environmental Skill building Program: ESP)と称して認知症とともに生きる人と家族介護者に対して教育・問題解決技能・対応技術や環境調整、直接的なADL訓練を実施して効果を示した。また、Tailored Activity Program (TAP)<sup>19)</sup>という本人にとって大切な活動に従事することによる行動心理症状の軽減効果も示された。しかし、これらのエビデンスが日本に普及するのは10年以上後になる。

#### (5) 2010年以降

2025年には高齢者の5人に1人は認知症を有するという推計から、急速に認知症施策が進み、2013年に認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)、2017年に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)<sup>20)</sup>が策定された。認知症のリハビリテーションについては、7つの柱のうち「認知症の容態に伴う適時・適切な医療・介護等の提供」と「認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進」に記されている。「認知症のリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できるよう推進する」と初めて明示され、ADL、IADLを中心とした「活動」、「参加」に焦点を当てて支援することがさらに求められることとなった。

これにともない、厚生労働科学研究「生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究」(2015-2017)<sup>21)</sup>、「アルツハイマー病患者に対する生活行為工程分析に基づいたリハビリテーション介入の標準化に関する研究」(2019-2020)<sup>22)</sup>が進められ、複雑な生活行為を観察・分析し、手続き的記憶など維持されている機能を活かすことで、ADL/IADLの維持・向上に寄与できることが示された。また、American Occupational Therapy Association (AOTA)の認知症の人に対する作業療法実践ガイドライン<sup>23)</sup>では、ADL/IADLなどの生活行為に対する介入を「作業に基づいた介入」「身体運動的介入」「認知的介入」「多要因的介入」「休息と睡眠に対する介入」の5つに分類し、推奨度を示している。

一方、これまでの様々な療法は、非薬物療法として行動、感情、認知、刺激を介したアプローチとして整理された（図表 5-3-2）<sup>1)</sup>。また、認知症疾患診療ガイドライン（2017）では、認知機能訓練、認知刺激、経皮的電気療法、運動療法、音楽療法などの認知症とともに生きる人への介入と心理教育、スキル訓練、介護者サポートなど介助者への介入に分類されるも、エビデンスが不足していることも指摘されている（図表 5-3-3）<sup>24)</sup>。しかし、パーソンセンタードケアやテーラーメイドのリハビリテーションが基本であり、個々の生活環境、生活習慣、興味関心によって個別に支援することが重要なため、画一的にマニュアル化できないことが特徴でもある。2023 年の認知症基本法では、「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支えながら共生する活力のある社会の実現を推進」を掲げているように、個人因子、環境因子を重視した地域生活へのリハビリテーションが極めて重要である。

同様に、2000 年代からの予防への意識の高まりも、2019 年の認知症施策推進大綱によって「予防」を発症予防ではなく、発症遅延、進行緩徐と定義された。つまり、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指す」ことが前提の予防である。さらに、この観点には認知機能を低下する予防のみならず、生活行為の低下予防が重要であり、早期からの療法士の生活に密着したリハビリテーションを定着すべきである。

## (6) おわりに

1970 年代から約 50 年間の認知症のリハビリテーションを辿った。机上の作業活動や各種の療法、運動療法、認知刺激療法など各時代で様々なイメージを生んできた。ケア側から発展した療法、医学モデルから発展した療法が十分に整理されていなかったのかもしれない。実際、正式に認知症リハビリテーションという言葉が使用されたのは 10 年前であり、認知症に対する国民的な理解推進と国の施策が後押ししたと言えよう。しかし、未だ新オレンジプランの認知症リハビリテーションが療法士および関連職種に十分に理解／普及されているとは言いづらく、生活行為障害に対するリハビリテーションの実践紹介とエビデンス構築は必須である。

図表 5-3-1 痴呆に対するリハビリテーション (1992) <sup>8)</sup>

1. 会話療法	話を聞く、グループで話をする、昔話を
2. 作業療法	聞かせる等
a) 家事・家庭内役割作業	掃除、お茶くみ、食器洗い、草引き、畑
b) 手工芸・工作	仕事、動物の世話など
c) ゲーム	編物、手芸、裁縫、織物、籐細工、革細 工、銅板細工、はり絵、塗り絵、シール 貼、書字、写字、絵画、陶芸、粘土細工 など
3. 音楽療法	輪投げ、玉入れ、玉ころがし、風船バレ ー、風船回し、トランプ、ゲートボール など
4. 運動療法	童謡、唱歌、民謡、軍歌、流行歌、ポピ ュラー音楽、クラシックなど
5. 演劇療法	散歩、ラジオ体操、リズム体操、民謡体 操、ストレッチ体操、肩こり体操、ダン スなど
6. 社会心理療法	
	リアリティーオリエンテーション (RO)

図表 5-3-2 認知症高齢者に対する主たる作業療法 (2016) <sup>1)</sup>

1. 行動を介したアプローチ	行動療法、日常生活訓練など
2. 感情を介したアプローチ	回想法、バリデーション
3. 認知を介したアプローチ	リアリティーオリエンテーション (RO)
4. 刺激を介したアプローチ	レクリエーション、手工芸、音楽、園芸、動物介 在療法、アロマ療法、運動療法、タクティールケ ア、物理療法、アロマセラピー、マッサージ、ス ヌーズレン

図表 5-3-3 認知症の非薬物的介入 (2017) <sup>24)</sup>

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、経頭蓋磁気刺激療法、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、認知行動療法など

参考文献

- 1) 村木敏明：認知症への取り組みの歴史. 小川敬之, 竹田徳則編. 認知症の作業療法, 第2版. 医歯薬出版, 東京, pp24-48, 2016.
- 2) 梶川 博, 森 惟明：昔は「タブーな存在」だった…「認知症の理解」が進んだ背景. ゴールドオンライン, 健康, 体の異変. [https://gentosha-go.com/category/g0741\\_1](https://gentosha-go.com/category/g0741_1)
- 3) 山口隆司：痴呆患者に対する作業療法の現状. 作業療法ジャーナル 23 : 397-402, 1989.
- 4) 大川弥生, 太田喜久夫：痴呆性老人に対する作業療法の適応・意義と限界—身体障害リハの立場から—. 老年指針医学雑誌 7 (4) 362-367, 1995.
- 5) 原寛美, 酒井純子, 綿森淑子：記憶訓練法の適応と効果・臨床リハ 4 (7) : 633-638, 1995.
- 6) 金子満雄：痴呆と前頭葉機能. 失語症研究 10 (2) : 127-131, 1990.
- 7) 野村豊子：痴呆性老人への心理・社会的アプローチ. 作業療法ジャーナル 27 (9) : 685-693, 1993.
- 8) 藤本直規：痴呆患者のリハビリテーション—施設から在宅へ—. 臨床リハ 1 (7) : 595-599, 1992.
- 9) 目黒謙一：認知症のリハビリテーション：問題提起. 高次脳機能研究 32 (3) : 477-484, 2012.
- 10) 厚生労働省：「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書. 2004.
- 11) WHO：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—, 障害者福祉研究会編, 中央法規, 東京, 2002.
- 12) Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56: 303-308.
- 13) van Uffelen JG, Chinapaw MJ, van Mechelen W, Hopman-Rock M. Walking or vitamin B for cognition in older adults with mild cognitive impairment? A randomised controlled trial. Br J Sports Med 42(5):344-51. 2008.
- 14) Wrann CD, White JP, Salogiannis J, Laznik-Bogoslavski D, Wu J, Ma D, Lin JD, Greenberg ME, Spiegelman BM. Exercise induces hippocampal BDNF through a PGC-1 $\alpha$ /FNDC5 pathway. Cell Metab. 18(5):649-59, 2013. doi: 10.1016/j.cmet. 2013.09.

008. Epub 2013 Oct 10.

15) Suzuki T, Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Tsutsumimoto K, Anan Y, Uemura K, Lee S, Park H. Effects of multicomponent exercise on cognitive function in older adults with amnesic mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *BMC Neurol.* 2012 Oct 31;12:128. doi: 10.1186/1471-2377-12-128.

16) Kawashima R, Okita K, Yamazaki R, Tajima N, Yoshida H, Taira M, Iwata K, Sasaki T, Maeyama K, Usui N, Sugimoto K. Reading aloud and arithmetic calculation improve frontal function of people with dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 60(3):380-4, 2005 doi: 10.1093/gerona/60.3.380.

17) Graff MJ, et al: Community based Occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*, 333: 1196, 10.1136/bmj.39001.688843, 2006

18) Gitlin LN, et al. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60: 368-74, 2005

19) Gitlin LN, Winter L, Vause Earland T, et al: The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potential. *Gerontologist* 49(3):428-439, 2009 doi: 10.1093/geront/gnp087.

20) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000oukenkyoku/kaitei\\_orangeplan.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000oukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf)

21) 池田学ほか: 生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究. 厚生労働科学研究データベース, 2017.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/26650>

22) 田平隆行ほか: アルツハイマー病患者に対する生活行為工程分析に基づいたリハビリテーション介入の標準化に関する研究. 厚生労働科学研究データベース, 2020.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27898>

23) Catherine VP, et al. Appendix C. Occupational Therapy Process for Adults With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders and Their Caregivers. *Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Alzheimer's Disease and Related Neurocognitive Disorders (The AOTA Practice Guidelines Series)*, C1-C19, The American Occupational Therapy Association, 2017

24) 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会編: 認知症疾患診療ガイドライン 2017, 医学書院, 東京.

## 2 これからの認知症のリハビリテーション

リハビリテーションという言葉は日本に定着し、様々な領域・場面で使われている。しかし、各領域・各場面で微妙に捉えられ方の違いがみられ、その背景・立場を理解することが求められる。リハビリテーションの定義も時代や社会的背景により、少しずつ変化してきている。

日本の社会保障制度では、リハビリテーション医療は理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。理学療法・作業療法は、医師の診療の補助（医師の指示の下）として実施され、その専門職として、理学療法士・作業療法士が国家資格として認められている。そのなかでも作業療法士は、精神や身体に障害のあるものに対し、その応用的動作能力及び社会的適応能力の回復を促す職種として位置づけられ、認知症に対する作業療法は資格制度とともに取り組まれてきた。（参考：理学療法士：身体に障害のある者に対し、その基本的動作能力の回復を促す。）

1994年12月に高齢者介護・自立支援システム研究会がまとめた「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」では、高齢者の自立支援を基本理念とし、予防・リハビリテーションを重視した。心身の機能が低下したことによって万一介護を必要とするような状態になった場合には、できる限り早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要があること（リハビリテーション前置主義）、従来の施設や病院等における医学的、機能回復的なリハビリテーションだけでなく、高齢者本人の意思によって地域社会の様々な活動に積極的に参加できるように、日常生活の中にリハビリテーションの要素を取り入れ、地域全体で高齢者を支える取り組みを推進していくことが求められるとしている。

2004年1月には高齢者リハビリテーション研究会が「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」を報告しており、「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである」とまとめている。また、高齢者のリハビリテーションに求められるものとして、生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこととしている。

2015年3月「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」報告では、生活機能<sup>(※)</sup>の低下した高齢者に対しては、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たす、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現を支援して、QOLの向上を目指すことが重要であるとまとめている。また、認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認

知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）を自立し、日常生活が継続できるよう推進することが大切である。このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、この分野での研究開発を推進することが必要である。今後増加する認知症高齢者に対するリハビリテーションの在り方を議論していくことが必要であるとまとめている。

※生活機能：国際生活機能分類（ICF=International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人の生きる機能（生活機能）は心身機能、活動、参加に大きく分類されるとしている。

これを受けて、2015年1月、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)において、「認知症の人に対する適切なリハビリテーションは、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄など）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加など）の日常の生活を自立し継続できる」と記載された。

このように、これからの認知症のリハビリテーションでは、生活障害に焦点を当て、ADL（Activities of Daily Living：日常生活の基本的な動作）や IADL（Instrumental Activities of Daily Living：手段的日常生活動作ともいい、食事の準備や買い物といった、日常生活上の応用的な動作）などの日常の生活が継続できるような支援が求められている。

### 3 認知症のリハビリテーションの効果に関する文献

認知症のリハビリテーションの効果に関して海外では、RCTを用いた研究としてGraffら<sup>1)</sup>によるものがある。地域で生活する認知症高齢者に対し訪問作業療法により、改善したい活動を特定し道具の使用などの代償練習や環境調整、介護者への対処行動などを5週間1回60分として10回介入した結果、患者・家族のQOLと家族の気分、健康状態などに改善がみられたと報告している。また、Dookeyら<sup>2)</sup>は、外来患者に対し、環境調整や家族へのアプローチ、社会資源の調整についての指導を行い、その1か月後の介護者の介護負担や本人のQOLに改善がみられたと報告している。Gitlinら<sup>3)</sup>は、家庭環境スキル構築プログラム(Home Environmental Skill building Program: ESP)と称して認知症の人と家族介護者に対して教育・問題解決技能・対応技術や環境調整、直接的なADL練習を実施して効果を示した。また、主介護者に指導する方法であるTailored Activity Program (TAP)を4か月実施し、重度な行動症状の数や頻度、生活行為の介助量、疼痛などが有意に減少したとの報告もある<sup>4)</sup>。課題指向型運動練習によるスキル構築(Skill-building through task-Oriented Motor practice; STOMP)は、課題特異的な練習と集中練習によって新しい行動を教示するというエビデンスを応用したものである<sup>5)</sup>。認知症の人の日常生活課題に対して、課題を段階付け、環境を修正し、頻繁な称賛を与えるなど心理面にも配慮してスキル学習を行う。誤り無し学習や手続き記憶も活用して相乗効果を狙うものである。

しかしながら、日本においては、運動や回想法、音楽など要素的な効果研究は散見されるものの、生活行為に着目した研究論文は極めて少ない。

#### 参考文献

- 1)Graff MJL, et al.: Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers, A randomized controlled trial. J Gerontol Med Sci 62:1002-1009, 2006
- 2)Dookey NR, et al.: Improving quality of life for person with Alzheimer's disease and their family caregivers: Brief occupational therapy intervention. Am J Occup Therapy 58:564-569, 2004
- 3)Gitlin LN, et al. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60: 368-74, 2005
- 4)Laura N, et al; Targeting Behavioral Symptoms and Functional Decline in Dementia: A Randomized Clinical Trial. Am Geriatr Soc. 66(2):339-345. 2018.
- 5)Ciro C, et al. Improving daily life skills in people with dementia: Testing the STOMP intervention model. The Journal of Alzheimer Disease and Parkinsonism 4: 165, 2014



#### 4 認知症のリハビリテーションの取り組み

令和 4 年度に日本作業療法士協会が受託した厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発」において、訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発することを目的に、平成 28 年度当協会が受託した老人保健健康増進等事業「認知症のリハビリテーションに関する調査研究事業」の実施で得られた図 1 の作業療法を継続実践している医療機関を対象に、医療機関の診療録から 2019 年～2020 年の 2 年間の外来における訪問を実施したデータを抽出し、後方視によりその実践プロトコル及び効果を検証した。

##### (1) 方法

2019 年～2020 年の間、A 医師が担当する外来患者で下記のデータが残っている患者について、訪問を実施した事例（介入群）と実施しなかった事例（対照群）について、下記のデータをカルテから抽出し、分析した。

##### 1) 基本情報

- ・ 性別・年齢・診断名・居住形態
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度
- ・ 介入時の要介護度

##### 2) 訪問実施内容

- ・ 医師の指示の内容
- ・ 訪問実施方法
- ・ 目的とした生活行為
- ・ 介入方法
- ・ 訪問実施時間と頻度等
- ・ 同行訪問者の有無
- ・ 介入前後のサービス利用状況

##### 3) 評価指標

- ・ 認知機能 : MMSE
- ・ 精神行動障害 : Dementia Behavior Scale-13; DBD-13
- ・ ADL 評価 : Barthel Index; BI
- ・ ADL、IADL 評価 : Hyogo Activities of Daily Living Scale; HADLS
- ・ IADL 評価 : Frenchay Activities Index; FAI
- ・ 介護負担感 : J-ZBI\_8

(2) 結果

1) 分析対象者 39名

A 訪問実施者（介入群） 14名

作業療法士が訪問し、介入前後の評価指標が残っていた者

B 外来評価者（対照群） 25名

診察時及び概ね3か月後の2回の評価指標が残っていた者

2) 介入群の介入状況

① 要介護度別訪問実施状況

介護度	診断後支援	在宅訪問 リハ指導	精神科 訪問看護	合計	ケアマネ 等 同行訪問
未申請	4 (28.6%)	1 (7.1%)	0 (0%)	5 (35.8%)	4 (28.6%)
要介護1	4 (28.6%)	3 (21.4%)	2 (14.3%)	9 (64.3%)	6 (42.9%)
合計	8 (57.1%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	14 (100%)	10 (71.4%)

② 訪問実施状況と頻度及び平均時間

訪問実施状況	平均訪問回数	平均外来指導回数	電話連絡調整回数	平均実施時間	最短時間	最長時間
診断後支援	1回	2.1回	2.9回	77.3分	68分	90分
在宅訪問リハ指導	2.3回	2.3回	2回	63分	50分	86分
精神科訪問看護	1.5回	2.5回	0回	60分	60分	60分
平均回数及び時間	1.6回	2.3回		66.8分		

### ③目標となった生活行為

大項目	細項目	件数	合計件数
ADL	トイレ	1	5
	入浴	3	
	食事	1	
IADL	掃除	2	27
	整理整頓	4	
	洗濯	3	
	調理	3	
	服薬管理	2	
	コミュニケーション	3	
	買い物等外出	2	
	日時・日課の管理	3	
	余暇活動	5	
	通所サービス調整と導入	7	
環境調整	環境調整	4	11
関わり方	介護指導	4	4

### ④介入方法

介入方法	環境調整	反復練習	介護指導等
件数 (%)	12/14	12/14	8/14

### 3) 対象者基本属性と各指標の変化

	介入群(n=14)	対照群(n=25)	total(n=39)	2群間の比較
age(year, mean ± SD)	73.3 ± 10.8	77.5 ± 6.5	76.0 ± 8.4	0.13
gender(M/F)	3 / 11	9 / 16	12 / 27	0.48 <sup>※</sup>
diagnosis (AD / DLB / MCI)	12 / 1 / 1	22 / 1 / 2	34 / 2 / 3	0.91 <sup>※</sup>
認知症高齢者自立度 (I / II a / II b / III a)	0 / 6 / 8 / 0	4 / 6 / 12 / 3	7 / 19 / 10 / 3	0.16 <sup>※</sup>
転帰 (自宅/入院/死亡・不明)	8 / 5 / 1	16 / 6 / 3	24 / 11 / 4	0.70 <sup>※</sup>
介入前				
MMSE	19.4 ± 6.6 (n=14)	19.3 ± 4.7 (n=25)	19.4 ± 5.4 (n=39)	0.97
DBD-13	22.2 ± 7.6 (n=12)	16.8 ± 8.8 (n=25)	18.5 ± 8.7 (n=37)	0.07
J-ZBI_8	11.6 ± 6.3 (n=12)	6.6 ± 6.6 (n=23)	9.6 ± 6.5 (n=35)	0.20
HADLs	33.7 ± 22.2 (n=12)	27.1 ± 16.6 (n=24)	29.3 ± 18.6 (n=36)	0.37
FAI	12.7 ± 9.7 (n=13)	14.7 ± 10.0 (n=18)	13.9 ± 9.8 (n=31)	0.58
BI	92.7 ± 12.0 (n=13)	93.6 ± 14.5 (n=18)	93.2 ± 13.3 (n=31)	0.85
介入後				
MMSE	20.1 ± 6.0 (n=14)	19.4 ± 5.6 (n=25)	19.7 ± 5.7 (n=39)	0.72
DBD-13	21.0 ± 7.7 (n=12)	17.6 ± 8.2 (n=25)	18.7 ± 8.1 (n=37)	0.23
J-ZBI_8	10.2 ± 8.5 (n=12)	9.3 ± 6.9 (n=23)	9.6 ± 7.4 (n=35)	0.77
HADLs	32.3 ± 19.6 (n=12)	29.4 ± 17.4 (n=24)	30.3 ± 18.0 (n=36)	0.67
FAI	14.5 ± 9.3 (n=13)	12.2 ± 7.6 (n=18)	13.2 ± 8.6 (n=31)	0.49
BI	91.5 ± 12.8 (n=13)	12.3 ± 7.6 (n=18)	92.1 ± 13.5 (n=31)	0.85

#### 4) 各指標の変化

- IADL の項目を多く含む家庭での生活機能を反映した HADLS と FAI においては、  
 対照群では有意に悪化(HADLS,  $p=0.02$ ; FAI,  $p=0.02$ )を認めたが、介入群では維持・改善  
 の傾向 (HADLS,  $p=0.65$ ; FAI,  $p=0.10$ ) を認めた。
- 介護負担感(J-ZBI\_8)は、介入群で改善の傾向がみられたが統計的有意差は認めなかった。  
 (介入群  $p=0.32$ , 対照群  $p=0.57$ )

介入群、対照群ともに、認知機能(MMSE)、行動症状(DBD)、移動を含めたBADLに変化なし  
 行動症状(DBD-13)は介入群で低下の傾向あるも統計学的有意差なし( $p=0.60$ , paired t-test)

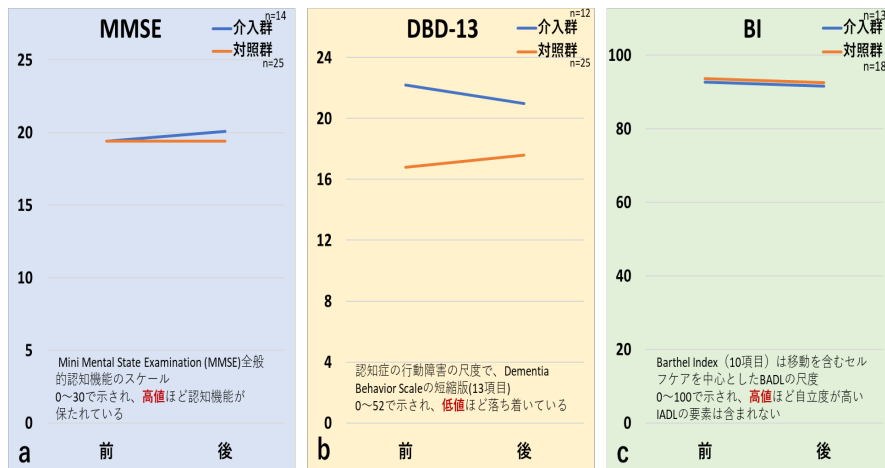


図1 介入前後における認知機能と行動障害、BADLの変化について  
 a. 全般的認知機能を示すMMSEは両群で変化なし。 b. 認知症の行動障害を示すDBD-13は、介入群で介入前の点数が高くそれが軽減する傾向はあるも、前後変化の有意差なし。 c. BADLの自立度は両群で変化を認めなかった。

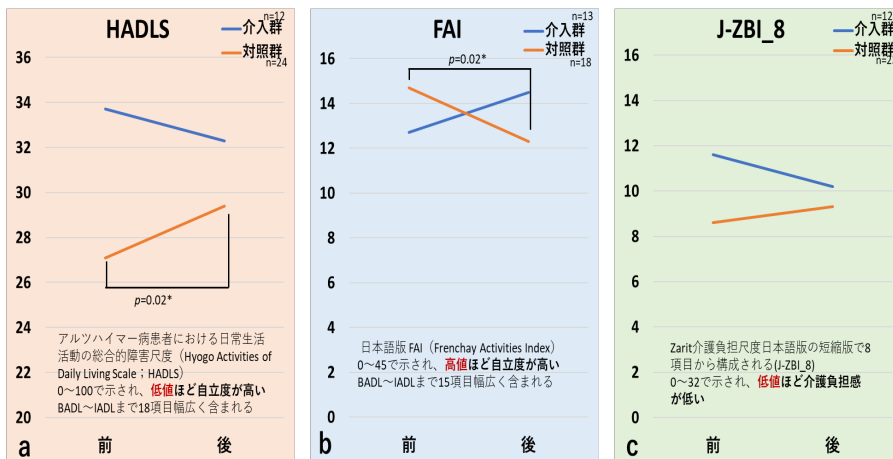


図2 介入前後におけるIADLを含む指標と介護負担感尺度の変化について  
 a. 対照群では有意に悪化し介入群では自立度が改善の傾向。 b. 対照群で有意に悪化し、介入群では自立度が改善の傾向。  
 c. 介護負担感を示すJ-ZBI\_8では、介入群で改善の傾向を示すが有意差は認めなかった。

※ノンパラメトリック検定として、Wilcoxonの符号付順位検定でもHADLS( $p=0.01$ )とFAI( $p=0.02$ )のみで有意差を認めた

## 5) 結果まとめ

訪問による ADL/IADL 指導の効果について、後方視による調査を行った。結果として、介入群と対照群では初回評価において差異を認めなかったが、対照群では 3 か月後に BADL/IADL に関する HADLS や FAI において、有意に悪化を認めた。

一方で、作業療法士による訪問支援を行っていた群では統計学的有意差は認めなかったものの、BADL/IADL の自立度と介護負担感は改善傾向にあった。

これらの結果から、認知症のリハビリテーションについては、生活行為において何らかの課題を抱える対象において、認知症の原因疾患と特異的な症状その病期に配慮した上で、支援目標となる生活行為とその行為の遂行における残存能力を ICF の生活機能モデルに基づいて構造的に評価し、得られた評価結果を踏まえ、①環境調整(手がかり活用と視覚構造化) ②生活行為に対する反復練習、③介護家族等へのかかわり方指導の 3 つの介入方法を提案した。また、これらの一連の治療戦略を見える化する「実践プロトコル」を取りまとめている。

令和 5 年度老人保健健康増進等事業「認知症の人に対する訪問リハビリテーション実践プロトコルの効果検証研究」においては、「実践プロトコル」を活用した効果検証を実施している。

認知症施策推進関係者会議

会 長 栗 田 主 一 殿

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

会 長 大 山 知 子

## 認知症施策推進基本計画について(意見)

認知症施策推進基本改革の策定に向けて、以下のとおり意見を申し上げます。

### 1. 認知症のある人の意向と能力を十分に尊重した切れ目のないケアの推進

社会福祉法人が行う高齢者福祉・介護サービスは、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）などの施設サービスを拠点に通所介護などの在宅サービスを併設しており、日々、認知症ケアの実践を積み重ねている。利用者の認知症の状況を見ると、各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度（不詳を除く）は、特養の利用者のうちⅠ以上の割合が 98.6%（Ⅲ以上の割合は 70.5%）、通所介護ではⅠ以上の割合が 94.4%（Ⅲ以上の割合は 22.5%）を発症しており、重度の認知症高齢者の割合が高くなっている。【図表 1】

令和 5 年 6 月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立したが、その基本理念には、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、「認知症の人の意向と能力を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること」、「認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすること」がうたわれている。

これを踏まえ、令和 6 年度介護報酬改定において、認知症対応力を強化していくための見直しが行われたところであるが、今後も法の趣旨に沿ってその積極的な推進を図っていくべきである。

また、特養などの施設サービスを拠点とする複合施設では、認知症初期集中支援チームと連携しつつ、認知症の予防から認知症のある人の心情にそったワンストップで切れ目のないケアを提供している。これにより、認知症のある人及びその家族等の安心と尊厳の保持に繋がっている。重要なことは、認知症の予防段階から相談に応じている実践事例を横展開して、認知症のワンストップサポート機能の拡充を図っていくことである。

## 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD)の予防、早期対応の推進

施設系サービスでは、令和6年度介護報酬改定において「認知症チームケア推進加算」が創設された。その背景には、BPSDを適切に評価し、その未然防止、軽減、再発防止を図るために、これまでの施設の認知症ケアを構造化して、認知症のある人一人ひとりへのチームによるケアでPDCAサイクルを回していく具体的なケア手法が確立されたことが大きい。今後より多くの施設でこれを実践していくために、受講しやすい研修体制を構築し、これらの専門的知識と技術を伝えていく必要がある。【図表2】

東京都ではこのケア手法を先行して実践しており、在宅サービスにおいても成果を出している。その他の地域においても同様に、在宅サービスでの具体的なケア手法を展開していくことが必要である。【図表3】

一方、認知症の軽度での対応は、予防的観点も含めて具体策が必要である。それぞれの段階（予防、軽度認知障害（MCI）、軽度、中等度、重度）におけるBPSDなどへのアプローチの方法論を一つずつ具体化させていくべきである。

## 3. 科学的介護情報システム(LIFE)の更なる推進

介護分野では、令和3年度より科学的介護情報システム（LIFE）の活用を始めており、認知症に関するデータの蓄積が進んでいる。令和6年度介護報酬改定では、認知症の認知機能・生活機能を簡便に、かつ短時間で評価できる指標として、LIFEの追加項目として「生活・認知機能尺度」が加わった。

LIFEの対象サービスは介護保険サービス（予防含む）の全41のうち19種類であり、施設系サービスと一部在宅サービスは対象になっているものの、すべての在宅サービスが対象となっているわけではない。より広いサービスを対象とすることにより、認知症の予防段階から施設サービス、更には医療との連携を含めた各サービスにおいて、一貫して同じ指標のもとで切れ目のないケアが行われるよう、体制を整備していくべきである。その際、現場の負担への配慮が求められる。

また、LIFEで収集されるデータは、将来、介護の質を上げるとともに実践するエビデンスとなることが期待される。これを有効活用し、より正しく認知症の状態像を把握できるようにするため、認知症の心理的症状についても把握することが必要である。これまでの集積データとすり合わせながら効果的かつ科学的に実証されたケアを推進すべきである。

## 4. 医療と介護の連携の推進

### (1) 診断・相談体制の充実

認知症のある人への適切な支援や認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防、早期対応の推進は、医療との連携が不可欠である。

認知症疾患医療センターや協力医療機関等の医師による適正な診断を受け、認知症の原因疾患によるさまざまな症状の違いや、日常生活動作の障害や周辺症状について、生活習慣や薬剤の状況を踏まえた相談連携体制を整備することが必要である。その上で、前述の認知症チームケア推進加算の取り組みを普及させれば、認知症のある人の意向と能力を十分に尊重した切れ目のないケアの推進が可能になると考える。

### (2) 情報の共有

認知症のある入所者が何らかの理由で医療機関等に入院し、治療を受けて退院するまでの一連の流れにおいて、入所者に関する情報を専門職や関係者間で適切に共有し、切れ目のないケアを行うことは、極めて重要である。

令和6年度介護報酬改定では、「協力医療機関との定期的な会議の実施」や「入院時等の医療機関への情報提供」についてもその必要性が認識され、新たに加算として評価されたことで医療と介護の情報連携の更なる促進が期待される。

一方、全国老施協調査によれば、入所者の入院時に医療機関等と情報共有を行っている項目には、各施設においてバラツキがある【図表4】。また現場からは、「新しい情報共有の項目を検討しても既存の項目での連携が行われてきたことから変更しづらい状況があった」との声も聞かれた。

より効果的な連携への一助とするためにも、【図表5】のような認知症に関する医療と介護の双方の情報について収集し、情報連携できる共通フォーマットと早急に作成し、その活用方法とともに示していくべきである。

また、認知症のある人に関しては、協力医療機関（一般病院等）のみならず、精神科や脳神経外科、脳神経内科等との連携が必要であると考えられるため、その連携のあり方について検討すべきである。

以上



【図表1】 各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度

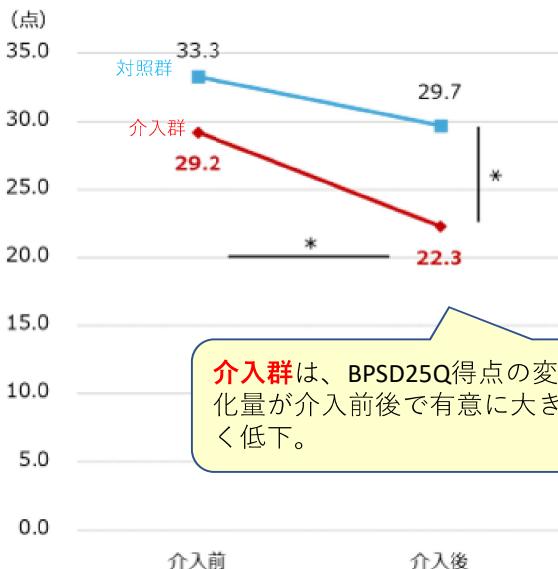
サービスの種類	サービス名称	利用者数										Ⅲ以上の者の割合 (Ⅲ以上/総数) ※不詳除く
		総数	認知症高齢者の日常生活自立度									
			自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不詳	
訪問	訪問介護	1,050,942	77,385	150,464	148,745	261,957	138,594	24,898	27,307	2,526	219,066	23.2%
	訪問入浴介護	66,749	8,203	9,714	4,539	10,189	11,583	2,379	7,476	789	11,877	40.5%
	訪問看護	600,025	53,001	91,763	74,762	141,852	77,501	14,163	21,261	1,697	124,025	24.1%
	訪問リハビリテーション	114,211	16,895	23,756	14,710	22,088	10,519	1,653	2,889	241	21,460	16.5%
	夜間対応型訪問介護	7,048	732	1,314	825	1,341	827	211	227	37	1,534	23.6%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	35,839	1,353	3,781	4,880	10,643	6,275	1,004	1,338	94	6,471	29.7%
通所	通所介護	1,139,374	52,102	139,615	176,563	353,324	160,979	27,573	19,745	1,273	208,200	22.5%
	地域密着型通所介護	410,678	21,082	50,938	64,316	123,408	53,955	9,328	6,507	461	80,683	21.3%
	認知症対応型通所介護	48,453	151	890	3,626	15,023	14,622	3,058	3,435	230	7,418	52.0%
	通所リハビリテーション	412,737	40,056	78,869	69,799	103,842	34,121	5,114	3,536	264	77,136	12.8%
多機能	小規模多機能型居宅介護	99,467	2,257	7,792	13,036	33,867	23,601	4,110	3,808	197	10,799	35.8%
	看護小規模多機能型居宅介護	18,462	806	1,913	1,923	4,933	4,155	790	1,366	98	2,478	40.1%
施設・居住	短期入所生活介護	277,309	7,736	23,634	28,772	82,521	69,525	14,197	11,305	605	39,014	40.1%
	認知症対応型共同生活介護	209,284	446	2,987	13,057	62,749	73,465	15,152	16,189	735	24,504	57.1%
	特定施設入居者生活介護	229,139	6,872	21,668	25,112	65,763	52,039	9,115	12,713	807	35,050	38.5%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	8,093	137	624	940	2,265	1,898	366	396	23	1,444	40.4%
	介護老人福祉施設サービス	565,128	6,511	21,283	23,333	86,126	198,498	43,316	82,559	4,222	99,280	70.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	63,278	737	2,499	2,842	9,761	23,052	5,141	9,559	443	9,244	70.7%
	介護老人保健施設サービス	338,619	9,048	29,028	31,114	83,330	85,661	16,592	23,836	1,285	58,725	45.5%
	介護療養型医療施設サービス	6,827	74	220	219	679	1,715	362	1,928	182	1,448	77.8%
	介護医療院サービス	42,105	623	1,868	1,811	5,043	11,044	2,356	10,892	813	7,655	72.9%

出典：介護保険総合データベース任意集計(令和4年12月審査分)

【図表2】 認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減に係る調査研究①

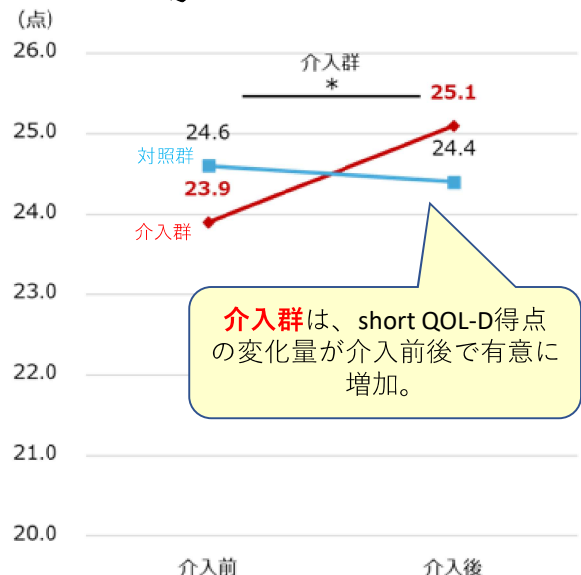
- 全国の施設・事業所を利用する認知症の人を対象に、「BPSDの客観的評価」、「全人的アセスメント」「Plan-Do-Check-Act (PDCA) サイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群で変化を比較。
- 比較には、25項目のBPSDの状態を数値化したBPSD25Q（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version）および認知症高齢者の健康関連QOLを評価するShort QOL-D（The short version of QOL questionnaire for Dementia）を用いた。
- BPSD25Qについては、介入群において得点が介入前後で有意に低下し、Short QOL-Dについては、介入群において得点の変化量が有意に高かった。

BPSD25Qの介入前後における得点の変化



介入群は、BPSD25Q得点の変化量が介入前後で有意に大きく低下。

Short QOL-Dの介入前後における得点の変化



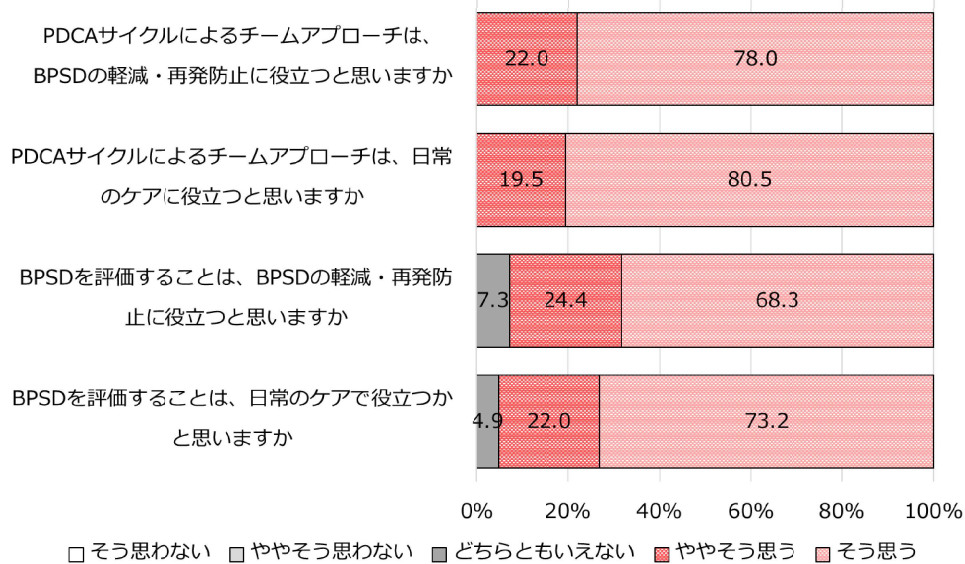
介入群は、short QOL-D得点の変化量が介入前後で有意に増加。

出典：令和3、4年度老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」(社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター) ※令和5年度においても引き続き調査を実施

## 【図表2】認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減に係る調査研究②

- 介入後に職員に対して、BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有効性および、介入群で活用した「本人に聞き取る7項目」について尋ねた。
- 介護職員にとって、BPSD評価やPDCAサイクルによるチームアプローチは日常のケアやBPSDの軽減・再発防止に役立つと思う割合は90%以上だった。
- BPSD評価尺度とワークシートで本人のニーズやBPSDの背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCAサイクルでケアを見直すチームアプローチがBPSDの軽減に有効であることがわかった。

### BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有用性

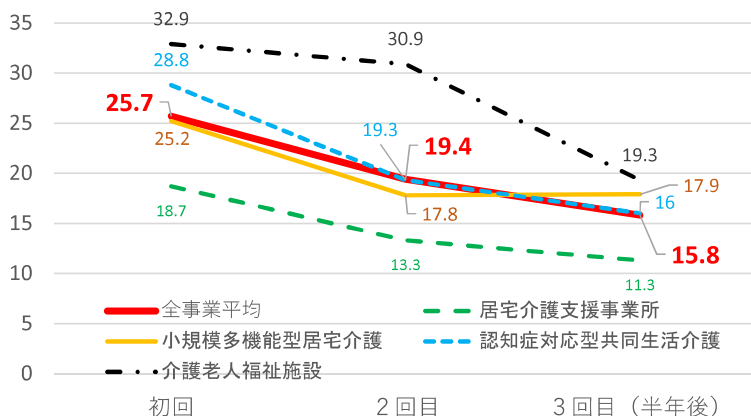


出典：令和3、4年度老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」（社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター）※令和5年度においても引き続き調査を実施

24

## 【図表3】認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業

- 令和元年度老健事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」により、NPI評価尺度で行動・心理症状の変化を測定した。
- NPI得点は検証事業を行った全体の平均で、**1回目が平均25.7（標準偏差18.2）、2回目が19.4（16.4）、3回目（半年後）15.8（14.9）**となっており、前年度に東京都で行ったランダム化比較試験（半年で7.2）と同等の効果が認められた。
- また、利用者の行動に困ってしまうと思う頻度が「減った」と回答したのは約7割、利用者にどうしたらよいかかわからないと思うことの頻度が減ったと回答したのは約7割だった。



施設・事業所種別にみたNPI得点の平均（標準偏差）

事業所種別	1回目入力		2回目入力		3回目入力	
	事業所数	平均 (SD)	事業所数	平均 (SD)	事業所数	平均 (SD)
居宅介護支援事業所	38	18.7 (16.1)	33	13.3 (11.2)	28	11.3 (11.9)
小規模多機能型居宅介護	28	25.2 (17.7)	28	17.8 (14.4)	24	17.9 (17.9)
認知症対応型共同生活介護	36	28.8 (18.2)	34	19.3 (13.4)	28	16.0 (13.5)
介護老人福祉施設	23	32.9 (19.2)	21	30.9 (23.3)	20	19.3 (16.3)

※ サンプルサイズの計算は $\alpha=0.05$ 、効果量0.3、3回測定として利用者132名（種類ごとに33名）として設定。

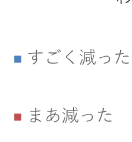
検証委員会の構成（実施主体：公益財団法人東京都医学総合研究所）

団体名（役職）	委員名※敬称略
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局(併) 企画経営部認知症・在宅医療推進課(リサーチコーディネーター)	進藤 由美◎
一般社団法人医療経済研究・社会福祉協会（主任研究員）	服部 真治
特別養護老人ホーム白寿園(施設長)	鴻江 圭子
社会福祉法人仙台市社会事業協会(副会長)	佐々木 薫
一般社団法人日本介護支援専門員協会(副会長)	濱田 和則
特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業所連絡会(事務局長)	山越 孝浩

利用者の行動に対し、困ってしまうと思う頻度の変化



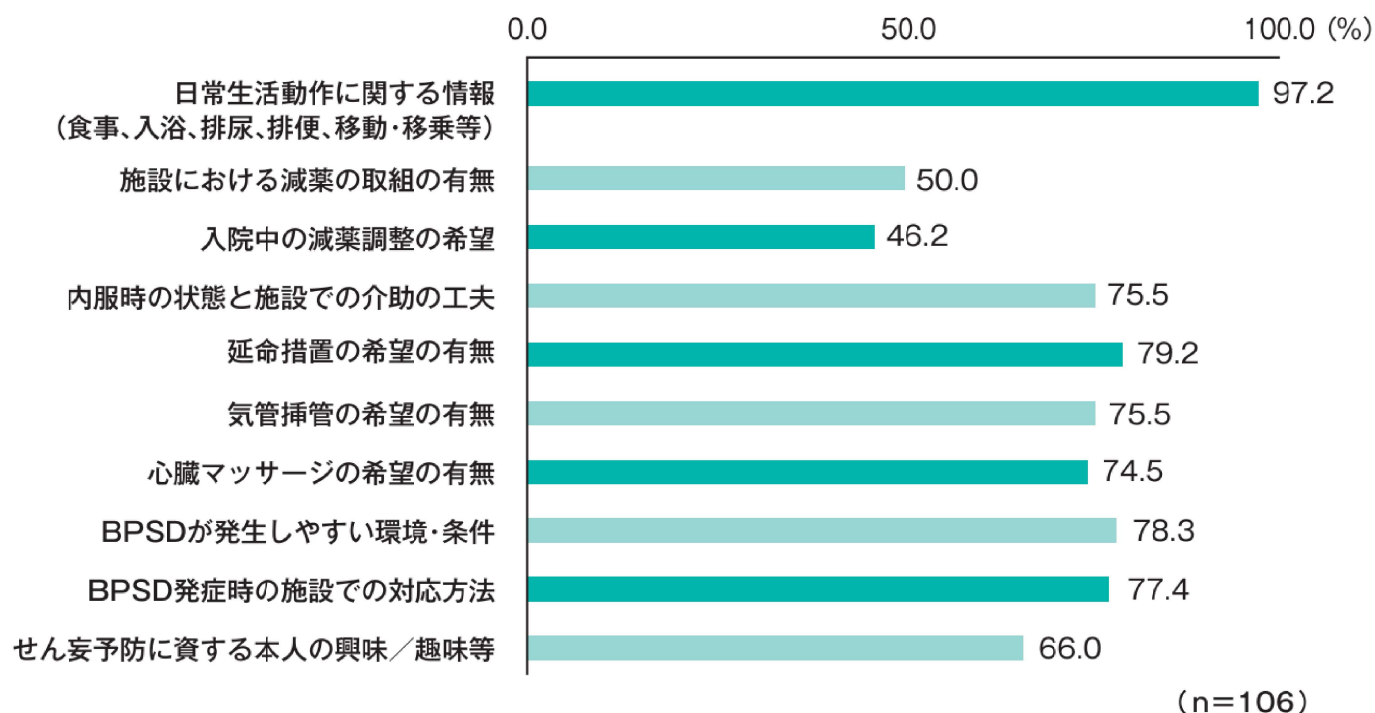
利用者に対し、どうしたらよいかかわからないと思う頻度の変化



回答事業所・施設数=110

令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」

【図表4】入所者の入院時に医療機関等と情報共有を行っている項目



出典：公益社団法人全国老人福祉施設協議会  
「特別養護老人ホームにおける医療・介護連携に関するアンケート」(2020年度)

【図表5】認知症に関する情報共有の例

介護側からの情報 (入院時)	医療側からの情報 (退院時)
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の有無</li> <li>診断名</li> <li>認知症のスケール及び検査日</li> <li>コミュニケーションの状況 (会話・意思伝達)</li> <li>BPSDの状況</li> <li>BPSDが発症しやすい環境・条件</li> <li>BPSD発生時の施設での対応方法</li> <li>せん妄予防に資する本人の興味/趣味等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院期間中のコミュニケーションの状況 (会話・医師伝達)</li> <li>入院期間中のBPSDの状況</li> <li>BPSD発症時に病院で実施した対応</li> <li>認知症のスケール及び検査日</li> </ul>

出典：公益社団法人全国老人福祉施設協議会  
「医療・介護の情報連携のための「情報連携シート」活用の手引き (2020年度)

## 認知症の方の尊厳を保持し、意向を十分に尊重したサービスを提供する上で、重要と考える取組の方向性

公益社団法人全国老人保健施設協会

会長 東 憲太郎

### 1. 施設等で実施しているケア・取組

認知症の方へのサービス提供として老健施設では、平成18（2006）年に介護報酬上の加算として評価された、非薬物療法である認知症短期集中リハビリテーションを実施している。その効果が認められ、通所リハビリテーションや今回（令和6年度）の介護報酬改定において、訪問リハビリテーションでも認知症短期集中リハビリテーションが提供できるようになったところである。

認知症の方においては、周辺症状が一過性のこともあるが、このような方に対する認知症短期集中リハビリテーションの提供は大変効果があることがわかっている。この認知症短期集中リハビリテーションの実施に当たって重要なことは、その方のこれまでの価値観やライフスタイルを尊重するとともに、現在その方が有する認知機能を把握し、その能力をプラス方向に改善させ、その方の生活機能向上につなげることである。

そのためには、まずはその方の有する認知機能をしっかり評価することが大事であり、そのことがその方の尊厳を守ることにもつながると考える。

老健施設では、生活機能全般を測る指標として、ICF（国際生活機能分類）の考え方にに基づき作成されたICFステージングを活用して、生活機能・認知機能を評価したうえで、認知症短期集中リハビリテーションをはじめとした様々なリハビリ、ケアを提供している。

令和6年度介護報酬改定では、このICFステージングがLIFEの項目にも導入され、評価されるとともに、その考えをベースに認知機能を測る指標（生活・認知機能尺度）も作られ、LIFEや医療機関への情報共有の項目としても活用されることとなっている。

### 2. 関係機関との連携等の観点

今回の同時報酬改定に向けた意見交換会のなかで、一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されており、同様に認知症の悪化等も報告されている。これは病院等では病気の治療に重点が置かれ、その方の認知機能を含めた生活機能や生活歴の情報が抜け落ちていたことによるものである。

令和6年度介護報酬改定では、前述のとおり、この対応として、老健施設の退所時の情報提供として生活・認知機能尺度の一部が組み入れられたところである。これまでも認知症関連の評価項目がなかったわけではないが、いずれも認知症の方の尊厳を毀損する評価項目と考えら

れ、今後見直しも必要だと思われる。

いずれにしても、医療と介護の現場で同じ指標で認知症の方の認知機能を一部ではあるが共有できるようになったことは画期的なことである。今後はさらに医療と介護で共通の指標で認知症の方が現状有する機能を評価でき、連携できるようになることが重要だと考える。

## 第2回認知症施策推進関係者会議における意見書

「認知症の方の尊厳を保持し、意向を十分に尊重したサービスを提供する上で、重要と考える取り組みの方向性」

日本慢性期医療協会 会長 橋本康子

1. 認知症施策を策定するにあたり、認知症患者の重症度別の対応を明らかにする必要がある。  
例えば、共生社会に取り組むにしても、軽度、中等度、重度と分けてどのレベルの患者さんを対象にするのかを明らかにする。
2. 近年の認知症施策の推進により、軽度、中等度の認知症患者さんについてのケアは、一般社会の人々にも理解を得られるようになってきたが、重度の認知症患者さんについては未だ十分な医療やケアの対応がなされているとは言えない。  
現在、重度の認知症患者さんの入院施設（認知症治療病棟）は精神科病棟に限られているが、認知症高齢者は内科疾患や整形外科疾患などの多彩な病歴や疾患を抱えている方が多い。又、多くの重度認知症患者さんは低栄養や脱水が認められるため、それらの治療や予防に対応できるように総合診療医が認知症治療病棟には必要である。
3. 今後、認知症患者はますます多くなるため、一般病床や療養病床に、認知症（軽度から中等度）がある身体疾患患者が入院治療できる専門病棟が必要になるのではないかと考える。
4. 認知症専門医だけでなく、すべての医師、看護師に基本的な認知症の知識と認知症ケアについて学ぶことを義務付けることが必要ではないかと考える。  
現在、医療従事者の認知症状に対する知識とスキル不足を改善することが重要。  
そして、机上研修だけでなく、実施研修（実際の認知症患者に対する）が今後は最も重要になると考える。
5. 連携については、かかりつけ医と認知症疾患センターとの連携をさらに充実させる必要がある。
6. 重度認知症患者さんは精神科病棟、軽度から中等度の患者さんは一般病床や療養病床に入院し治療、ケアを受けるのが良いのではないかと考える。

## 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」における「認知症施策推進基本計画」の策定にあたって：日本神経学会からの意見書

令和6年4月23日

一般社団法人 日本神経学会

代表理事・西山和利

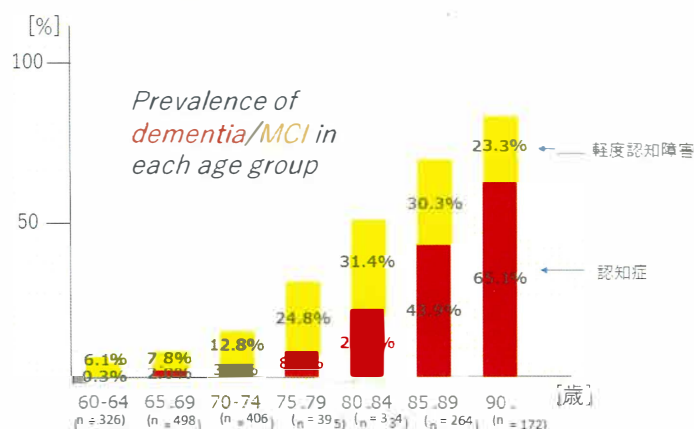
認知症セクション・山田正仁（チーフ）、池内 健、武田章敬

### [1] 人生100年時代における共生社会の実現を推進するために

本年1月1日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行され、それに基づき「認知症施策推進基本計画」を策定するための「認知症施策推進関係者会議」に本学会からの意見書を提出する機会をいただき心より感謝いたします。

日本神経学会は、脳神経内科医と研究者約1万人を会員とする臨床系の医学会であり、脳神経疾患の診療・教育・研究を通じて国民の福祉と健康増進を図り社会に貢献することを使命としています。超高齢化とともに脳神経疾患の有病率は増加しており、特に認知症はそれが顕著で、日本神経学会は認知症診療、診断・治療法開発、医療者育成、社会システム構築支援などの課題に積極的に取り組んできており、本学会会員の脳神経内科医の9割以上が認知症診療に従事しております。このたび、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき「認知症施策推進基本計画」を策定し、基本法の基本理念である「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる」を実現するために様々な施策を実施するにあたり、本学会の立場から提言させていただきます。

石川県七尾市中島町における認知症(赤色)・軽度認知障害(黄色)の年齢階層別有病率(2016~2018年)(n=2,395、調査率92.9%)  
(Yamada M, *Neurol Clin Neurosci* 2022)



図は認知症地域調査の結果に基づく認知症および軽度認知障害の年齢階層別の有病



率です。わが国では人生 100 年時代を迎え、有病率がこの水準のまま推移すれば、ほとんどの人は加齢に伴い認知症あるいは軽度認知障害をもって生活することになります。今後、国民が超高齢に至っても基本的人権を有する個人として尊厳を保持しつつ希望をもって日常生活や社会的活動が続けるためには、認知症や軽度認知障害に係る医療や社会的支援や社会環境等の整備を推進するとともに、研究開発を推進することにより軽度認知障害/認知症の出現や進行をできるだけ遅らせ、よりよい脳機能の状態で、いきいきとした生活や活動を保つことができるようにすることが重要です。

そうした観点から、認知症の診断・治療・予防法の開発のための研究推進、認知症医療・福祉・社会環境等の整備の推進の 2 点について意見を述べます。

## [2] 認知症診断・治療・予防等の開発のための研究推進

アルツハイマー病に対する抗アミロイド  $\beta$  抗体薬レカネマブが臨床実装され、認知症に対する医療は新たなステージを迎えています。病気の原因に直接作用し、症状の進行抑制効果を示したレカネマブは、認知症治療のマイルストーンとなりました。このような認知症医療の転換期を好機ととらえ、認知症の診断・治療・予防等の開発を加速し、共生社会の実現に貢献する研究を推進する必要があります。

分子標的薬である抗アミロイド  $\beta$  抗体薬の臨床実装に伴い、背景病理を加味した認知症診断の重要性が増しています。レカネマブ治療の要否を判断するための検査として脳脊髄液アミロイド  $\beta$  検査とアミロイド PET 検査が保険収載されました。脳内病理を反映するバイオマーカーにより A/T/(N) (アミロイド  $\beta$ /タウ/神経変性) に分類するアルツハイマー病の診断基準が 2018 年に提唱されました (NIA-AA 基準)。現在 A/T/(N) に加え (I: 神経炎症) (V: 血管病変) (S:  $\alpha$  シヌクレイン病理) に再分類される改訂案の作成が進行中です。従来のアミロイド  $\beta$ 、リン酸化タウ (pT181) 脳脊髄液バイオマーカーに加え、新たなリン酸化タウ (pT217, pT205 等)、神経炎症を反映するマーカー (GFAP, 可溶性 TREM2)、シヌクレイン病理を反映するマーカー ( $\alpha$  シヌクレイン RT-QuIC) ほかのマーカーの有用性を明らかにし、認知症の脳内病態をバイオマーカーにより正確に理解する研究を加速する必要があります。また、脳内タウ蓄積を可視化するタウ PET の実臨床に向けた開発を速やかに進める必要があります。脳脊髄液、PET 検査は認知症に対する優れた診断ツールですが、コストや侵襲性の面で課題があります。汎用性、低侵襲性、簡便性の観点から、認知症に対する血液バイオマーカー開発が進められており、次世代の認知症診断ツールとして期待されています。血液バイオマーカーに対する優れた測定技術が日本の検査企業により開発されており、わが国が優位性を発揮し世界を先導する血液バイオマーカーに関する成果を創出できる研究体制を構築すべきです。

抗アミロイド  $\beta$  抗体薬により症状の進行を抑制する効果が報告されましたが、症状を改善する効果は示されていません。脳内アミロイド  $\beta$  蓄積を減少させることはアルツハイマー病に対する治療の必要条件ではあっても、十分条件ではありません。一旦死



滅した神経細胞やシナプス機能を修復するには、抗アミロイド β 抗体薬以外の治療戦略が必要です。静脈内に投与された抗体薬を脳内に効率的に輸送する技術開発が進んでおり、改良型抗体薬の開発が必要です。さらに、抗タウ抗体薬、MAPT（タウ）や APP の遺伝子発現を抑制する核酸医薬などの新規モダリティ治療研究が進められており、臨床的有効性や安全性を効率的に検証する研究が必要です。また、アルツハイマー病以外の認知症疾患やアルツハイマー病の中等度・高度ステージに対する治療薬開発を進める必要があります。革新的な認知症治療を新たに創出するためには、多様な治療標的を探索する分子・回路病態解明研究を拡張する必要があり、基礎研究から橋渡し研究へのより一層の支援が望まれます。

アルツハイマー病は、症状が出現する約 20 年前から脳内病変が出現することが知られています。症状がないものの脳内病理が存在する時期はプレクリニカル期と呼ばれ、リスク低減や治療介入の好機です。認知機能が正常な高齢者の約 20%がプレクリニカル期に相当することが報告されており、このような大規模な集団から認知症発症の高リスク者を選別し、効果的な治療介入方法を提供する必要があります。前述の血液バイオマーカーに加え、デジタルバイオマーカーなど汎用性のあるツールの開発と実装化が不可欠です。さらにゲノム医療を認知症に導入する観点から、APOE 遺伝子多型および多遺伝子（ポリジェニック）効果により認知症発症リスクを層別化し、認知症の早期発見や早期介入に役立てるスキームを実現するゲノム研究が必要です。リスク低減の方法として、多面的なアプローチによる非薬物療法が注目されており、認知症予防効果に関する科学的なエビデンスを構築するコホート介入研究を拡張する必要があります。また抗アミロイド β 抗体薬等の疾患修飾薬を用いたプレクリニカル期を対象とした治療介入に関する治験が一部実施されていますが、より大規模な臨床試験を行い、予防効果を実証する研究が必要です。

このような診断・治療・予防を推進する研究を、世界的な競争力を発揮しながら展開するためには、認知症の研究基盤を整備し、人材を育成する必要があります。プレクリニカル期から症候期の認知症疾患コホート研究、抗アミロイド β 抗体薬などの疾患修飾薬投与者を対象としたレジストリ研究、前向き住民コホート研究等をさらに充実させ、そこから得られる臨床・画像データおよびバイオマーカー・ゲノムデータをデータベースにデポジットし、産学が連携して利活用できる仕組みが必要です。このような多層性データとオミックス解析を組み合わせるマルチオミックスによりデータ駆動型の新たな知見が創出されることが期待されます。技術革新に伴い取得されるデータは巨大化しており、認知症に精通したデータサイエンティストの参画が必須です。コホート研究に紐付いた臨床サンプル（脳脊髄液、血漿、ゲノム DNA 等）は、欧米と比較してサンプルサイズが寡少であり、継続的かつ長期的な支援による大規模な認知症生体試料レポジトリーの構築が必要です。またヒト死後脳を用いたクライオ電顕やシングルセル解析により新たな知見が創出されており、ヒト剖検脳リソースを用いた研究は今後さらに発展が期

待される分野です。

このような最先端の研究成果を共生社会の実現にむすびつけるためには、研究開発における認知症当事者や市民の参画（PPI）の取り組みや、研究開発に伴う倫理的・法的・社会的な課題（ELSI）への取り組み等を踏まえつつ、研究成果を社会実装することが望まれます。

### [3] 認知症の人に関わる医療・福祉・社会環境等の整備の推進

認知症の人に関わる医療・福祉・社会環境等については多くの課題があり、関係者会議のご意見を踏まえて基本計画が策定され、それらの整備が推進されることを期待します。ここでは、下記の4つのポイントを指摘させていただきます。

1. アルツハイマー病に対する抗アミロイドβ抗体薬レカネマブが、昨年末、販売開始されましたが、どこの医療機関でレカネマブ治療が受けられるかの情報が乏しく、当事者及びご家族は困っております。東京都は本年3月19日にレカネマブ投与可能な都内24医療機関のリストを公表しましたが、多くの地方自治体ではそうした情報を公表しておりません。都道府県において、レカネマブ治療のような、認知症の人やご家族にとって必要な最新情報を収集し、情報公開する体制を構築することが求められます。一方で、レカネマブの対象外と判断された人が適切な医療・支援を受けられるように、都道府県・政令市が認知症疾患医療センター等の医療機関、市区町村、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等と連携し、体制を構築することが重要です。今後、同様の新規治療等が次々と出てくるものと思いますが、都道府県等は、そうした最新情報の収集と公開、それに係る新たな支援体制の構築等を迅速に行うことが必要です。

2. 全国の自治体の一部では「もの忘れ健診」が行われていますが、そこでは早期の段階で医療機関における診断・治療につなげることに留まらず、早期相談支援、レカネマブ等の薬物及び非薬物療法等の情報提供、ピアカウンセリング等の診断後支援を含めた包括的な支援体制を構築することが求められます。また、将来的には、通常の健診に加え、デジタル機器等を用いた認知機能検査、血液バイオマーカー、デジタルバイオマーカーを活用し、健診の有用性を高めることが期待されます。

3. 若年性認知症の就労継続に関する企業の理解と取り組みが不足しています。企業（経営者）および産業医の若年性認知症に関する理解や障害者雇用の促進に向けて改善策を講じる必要があります。

4. 認知症の人が癌に罹患したときの医療機関側の対応の困難が公表されましたが、認知症の人や家族に対して実態調査を行い、課題を明らかにし、治療に関する本人・家族の意思決定支援、医療機関の対応等を含め、改善策を講じる必要があります。癌以外の疾患に罹患し支援が必要な場合も同様です。

# 認知症疾患修飾薬の社会実装と課題解決

第2回認知症施策推進関係者会議

2024.05.08

日本神経治療学会  
三重大学大学院医学研究科

富本 秀和

## 認知症疾患修飾薬の社会実装と課題解決

- 2023年12月、抗アミロイドβ抗体薬レケンビが承認された。
- それに先立つ同年8月、神経治療学会では認知症疾患修飾薬の意識と実態に関するアンケート調査を神経内科基幹施設約600を対象に実施し、社会実装に向けての課題を抽出した。

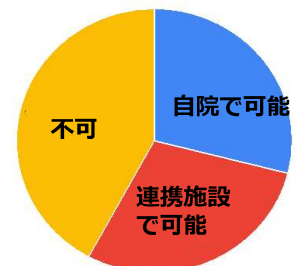
日本神経治療学会

### 認知症疾患修飾薬に関する意識と 実態に関するアンケート調査

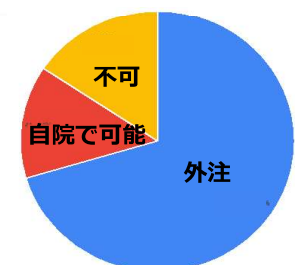
Questionnaire Survey on Awareness and Actual Conditions  
Regarding Disease-Modifying Therapy for Dementia

編集：日本神経治療学会ガイドライン統括委員会・認知症対応ワーキングチーム

■ アミロイドPET実施体制



■ apoE遺伝子検査の実施体制



## 認知症疾患修飾薬の社会実装と課題解決

- アミロイドPET実施施設、初期導入施設の人材不足や地域偏在、必須となるCDR検査は所用時間1時間以上で80点しか償還されず経営的に見合わない、などが課題として抽出されている。
- 抗アミロイドβ抗体薬に共通する副作用であるアミロイド関連画像異常（ARIA）のリスク因子であるアポE遺伝子検査の体制整備がされていないため、高リスク群の除外が困難。
- 治療はMMSE22点以上に限定されるため、対象を外れた軽度認知障害の患者は悪化を待つことになる。

### 4つの解決策を提言

1. 地域におけるDMT実施の体制強化の支援策
2. CDR検査の保険点数の見直し
3. アポE遺伝子検査の体制整備によるARIAリスク低減
4. 診断後支援の強化（認知症リンクワーカー養成など）

2024年4月26日

認知症施策推進関係者会議

会長 栗田 圭一 様

公益社団法人日本精神神経学会

理事長 三村 将

同認知症委員会

委員長 池田 学

### 認知症施策推進関係者会議への意見

公益社団法人日本精神神経学会（以下「本学会」といいます。）は、国民のこころの健康問題の克服という観点から、認知症とともに生きる人々のこころの健康や基本的人権の確保に関するさまざまな問題について学際的な取り組みを進めてまいりました。このたびの共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）は、そのような本学会のこれまでの取り組みの方向性と合致したものであり、同法に基づく認知症施策推進基本計画の策定にあたって、本学会に意見具申の機会をいただき感謝申し上げます。

本学会といたしましては、これまでの取り組みを踏まえ、下記の課題についてご検討いただければと願っております。

#### 1. 認知症とともに生きる人々の基本的人権の確保

認知症基本法の第3条1項に示されておりますように、すべての認知症の人が基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすることは、共生社会の実現を推進するための基本的な視点であると考えます。しかし、現実には、認知症の人に対する偏見、差別、虐待、本人不在の意思決定、資産の横領、特殊詐欺などによる犯罪被害等、認知症の人の基本的人権をめぐる状況は深刻です。特に下記の課題については、分野横断的な研究の推進が必要です。

- 1) 疾患修飾薬による治療の対象とならなかった人への心理・社会的サポート体制の構築も重要です。また、特に、軽度認知障害（MCI）や初期の認知症に対する非薬物的治療を提供できる体制を整えることは薬物療法の対象外になった人たちが絶望しないためにも重要であると考えます。
- 2) 疾患修飾薬の開発とともに認知症診断の血液バイオマーカー開発の進歩は目覚ましいものがあり、その社会実装が視野に入ってきています。しかし、被検者の裾野が大きく広がれば国民の多くが軽微な認知機能障害の段階、場合によっては健常の段階で自分の脳内に認知症の病理変化が存在することを知ることになります。そのこと

により、本人も親族も大きな不安を抱える可能性があります。超早期の診断や治療に関する意思決定や告知後のケアについて総合的に議論し、研究を進める必要があると考えます。

- 3) 認知症の人の「癌治療における意思決定支援」や「緩和ケア（糖尿病、ペースメーカー、人工透析などの治療方針決定に際する）」についての多職種での取り組みについても多職種での研究が必要です。
- 4) 疾患修飾薬の治療効果による進行遅延により病期が早期に留まる人が増加することが見込まれますが、社会・生活機能が軽度に低下した人に焦点を当てたこれまでの支援のモデルでは不十分であり、彼らの社会参加を促す診断後支援、特に就労支援の方法や居場所の確保を作る仕組み、など企業や事業所を巻き込んだ研究が必要であると考えます。

## 2. 認知症とともに生きる人々の社会的孤立の克服

認知機能低下は社会的孤立の重要な危険因子であることが知られていますが、独居の認知症高齢者が急速に増加している今日では、認知機能低下があることと、独居であることが相俟って、社会的孤立状況に置かれている認知症の人が急増しています。また、近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して、私たちは、平時の社会的孤立が緊急時において増幅され、社会的孤立状況にある人々の健康リスクが著しく高められることを繰り返し経験しています。このような問題を克服していくためには、平時から、地域社会の中で、社会的孤立の克服に向けた制度横断的・分野横断的な政策的アプローチが必要であり、それを実社会において実現していくための学際的研究を推進する必要があります。特に下記の課題については、分野横断的な研究の推進が必要と考えます。

- 1) 独居の認知機能低下者に対する見守りが大切で、そのために高齢者でも使いやすく、安価な ICT 機器の開発と僻地での通信インフラ体制の構築、オンライン診療の推進が喫緊の課題です。
- 2) 認知機能低下者が一人で公共交通機関を利用しやすくする仕組みや、公共交通機関がないところで使用しやすい配車システムやライドシェアの体制構築も急ぐ必要があります。
- 3) 都市部と中山間部ではインフラで大きな格差があり、全国に普及しつつある認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームの役割や予算の強化が必要と考えます。

## 3. 認知症とともに生きる人々のメンタルヘルスとウェルビーイングの促進

認知症とともに生きることは、すべてのステージにおいて、本人のみならず、家族や支援に関わる人々のメンタルヘルスとウェルビーイングに影響を及ぼします。認知症の行動・心理症状(BPSD)はその一つの現れですが、それをただ単にBPSDとして捉えるだけで

は不十分かと考えます。まずは、本人、家族が共生社会の構築に向けて望むことの意識調査が必要です。その上で、BPSD の問題を含め、認知症とともに生きる人々のメンタルヘルスの問題と広く捉え、本人・家族・支援者のウェルビーイングの促進をめざした学際的研究を推進していく必要があります。また、認知症の前駆段階に出現していると思われる不安、躁うつ、幻覚・妄想などの精神症状とその対応に関する研究も必要と考えます。

以上

共生社会の実現を推進するため、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づく認知症施策推進基本計画策定へむけた、日本認知症学会からの意見書

一般社団法人日本認知症学会 理事長 岩坪威

令和5年末、疾患修飾作用をもつ薬（DMT）としてレカネマブが米国に続きわが国でも実医療での使用が開始されました。令和6年1月1日には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行され、認知症に対する取り組みが新しい時代を迎えていると考えられます。日本認知症学会は、基礎医学研究者ならびに認知症医療に関わる全ての診療科の臨床医に加え、薬剤師、看護師、介護やリハビリテーションの専門職、そして企業研究者や行政関係者までを包含する多職種の会員から構成される、世界的にも類のない学際的な医学会として発展を続け、現在も会員数を増やしています。世界中が高齢社会を迎えるなか、そして超高齢社会を迎える我が国において、重要な課題である認知症に対し、新規治療薬開発に資するような基礎研究だけではなく、治療法の効能を見極め、適応となる方に適正な形で治療が届けられるのを支え、さらに、最適なケアや生活・社会のあり方を幅広く、深く探索してゆくこと等を、学会の重要な使命として活動しております。認知症の新たな時代を迎え、基本法に基づいた認知症施策推進基本計画が策定されようとするなか、当学会に意見を述べさせていただく機会をお与えいただき、深謝いたします。

本年3月28日に開催されました第1回認知症施策推進関係者会議の場で、認知症の創薬研究強化の必要性について、その現状と今後の望まれる方向性について意見を述べさせていただきました。今回新たにいただいたこの機会では、DMTの実装をむかえた新時代において、認知症の医療・介護、そして社会が、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる、という基本法の理念を実現するために、考えるべき課題について、より具体的な意見を提言させていただきたいと思えます。

レカネマブは、これまでにない、アミロイドβに直接作用する薬理効果を持ち、その対象も早期AD（MCI+軽度認知症）となっていることから、その使用のためには、早期の確実な背景病理診断が必要となり、これには診療体制のアップデートが必要ではないかと考えます。

◇ 初期に関わる関係者が、より早期に気づき、適時適切に専門機関へ紹介できるよう、かかりつけ医をはじめとする関係者の、認知症対応力のさらなる向上が必要と考えます。



- ◇ そのためにも、より簡便で身近な、血液バイオマーカーや IOT を活用したデジタルバイオマーカー等のスクリーニング検査方法の開発と実装が必要と考えます。また、認知症のステージングを客観的に行えるような、アミロイドβだけではなく、タウや神経変性、炎症、合併病理などのバイオマーカーによる検査方法の開発の重要性が増すものと考えます。
- ◇ また、これらの効果を最大限に活かすためには、健康診断での利用といった、健康医療施策への実装を検討することも必要と考えます。

現在、最適使用推進ガイドラインによれば、レカネマブが投与可能な施設においては、認知症疾患医療センターとの連携が必要とされているほか、6ヶ月を越える長期投与においては、治療導入を行った施設とは別の施設で継続投与が行えるようになっております。

- ◇ この連携が円滑に行われることが、「認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受ける（基本法第18条）」ためには必要であり、各医療機関においては、DMTを実施するための連携体制の構築が必要です。初回投与施設が近くにない場合でも、連携体制の構築により長期投与が可能となりますが、副作用発生時には速やかに適切に対応する必要があり、各地域においてその実情にあった適切な体制構築のために、連携に関する指針の策定や連携のモデルを示す必要があります。このための研究も必要と考えます。
- ◇ 投与可能な施設、そして連携体制などについては、現時点では利用者がすぐに情報を得られるようにはなっていません。このことは、医療提供に地域格差を生じることにもつながります。各自治体における認知症ケアパスにDMT実施可能施設を組み込んだり、我々アカデミアも協力しワンストップで情報が確認できるようなホームページを作成するなど、当事者が容易かつすみやかに新しい治療法の恩恵を受けられるような、仕組みや体制が必要と考えます。

レカネマブは18か月の観察期間に基づいてその有効性が確かめられました。しかし、日本人における長期投与に関する有用性や副作用の発症といった、実臨床で使用された場合のエビデンス、リアルワールドデータはまだ十分ではありません。これからレケンビが実際に使用される中で、使用後のデータを蓄積・解析していき、より安全・安心なDMTの使用が可能となることが重要です。

- ◇ このためにも、製薬会社が行うレケンビの製造販売後調査にあわせて実施が予定されているAMED研究「アルツハイマー病疾患修飾薬全国臨床レジストリの構築と解析」において、レケンビを投与された人について漏れなく安全性に関する情報がカバーできるよう、認知症疾患医療センターなどによる研究への積極的な協力が必要と考えます。

レカネマブの使用にあたっては、病態が進行していたり、脳出血の既往があるなどの合併症等のため、その適応から外れてしまうケースがあります。また認知症のうちADの占める割合は6~7割であることから、早期に診断されたものの、レケンビの適応とはならず、また既存の抗認知症薬の投与対象にもならない、早期の認知症やMCIの人が多く診断される可能性があります。就業可能年齢での診断も増加するのではないかと考えられます。新たな早期診断・早期絶望とならないよう、非薬物治療法・予防法の開発や、若年者への就労支援等の強化など、DMT時代にそのような診断後支援体制の強化が必要となってきます。

- ◇ このためには、高度な診断を行う医療機関と、認知症疾患医療センターや地域包括支援センターといった、介護や診断後支援を行う機関との、より一体化した連携体制の整備をすすめる必要があると考えます。
- ◇ また、診断を受けた人が、医療に関する情報だけでなく、予防等の非薬物療法や、たとえ現時点では治療薬の対象とならない場合でも、参加が可能な新しい治療法の治験等に関する正しく安心な情報が得られるような仕組みの構築が必要であり、また同時にこの仕組みには、診断を受けた人やその家族が、様々な相談をしたい場合に、専門機関への窓口となるような機能もあることが望ましいと考えます。

レカネマブの効果は、重症度の指標であるCDRでの評価において、その悪化を18ヶ月で3割程度抑制することが示されています。残念ながらこの効果は、まだ十分とはいえません。さらなる治療薬開発と、非薬物療法についても研究の促進が必要です。このためには、

- ◇ 予算も含めた研究プロジェクトの支援をお願いいたします。
- ◇ アカデミアだけではなく、製薬企業そして製薬以外の企業も含めた、認知症研究開発における官民連携（PPP）の具体的な実装が必要と考えます。
- ◇ 今後、開発される治療薬が、真に必要とされる方のニーズをみたとすよう、当事者参画（PPI）を具現化するプラットフォームを整備していく必要があります。
- ◇ 今後、研究開発の促進のためにも、治験・臨床研究実施体制の効率化、そして研究から得られる情報や試料を可能な限りオープンサイエンスに活用していく必要があります。認知症臨床研究体制をプラットフォーム化していくことが必要と考えます。

DMT 実用化の時代を迎え、認知症の医療・介護のサービス提供体制にも、DMT を念頭においた対応が望まれます。その一方、わが国は少子高齢化を迎え、医療・介護にお

ける人材や資源の確保の課題、パンデミックや災害時における認知症の人への対応など様々な課題が想定されます。DMT時代へ対応するために、体制を整備する、という機会を得て、今後の課題や望ましい体制について整理することが必要と考えます。

- ◇ 認知症基本法にある「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる」との理念は今後の認知症施策に共通する、最も重要な事項と考えます。今後、認知症に関する各種事業においては、その要綱等にも基本理念として記載されることで、関係者への理解、普及が広がるのではないかと考えます。
- ◇ 医療・介護人材の不足や、予期せぬ災害へのレジリエンスを高めるため、最適なケアや生活・社会のあり方について、現況の把握、マニュアルの整備などに関する研究を進める必要があると考えます。
- ◇ DMT 実用化の時代における、医療、介護、行政のステークホルダー（医療機関、認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員、地域包括支援センターなど）が、各地域の特性にあわせて有機的に連携できるようなプラットフォームの構築に向けた研究やモデル事業も必要と考えます。
- ◇ いまだ、地域社会には、必要な社会的支援に辿りつけない数多くの認知症高齢者がいらっしやいます。独居高齢者の増加とともに、そのような認知症高齢者が今後さらに増加する可能性があります。早期から社会的孤立を克服し、必要な社会的支援につながれるような地域づくりを推進するための研究も必要と考えます。

## 認知症施策推進基本計画策定に関する意見提出依頼に対する意見書

2024年4月24日

一般社団法人 日本老年医学会  
理事長 神崎恒一

認知症施策推進基本計画の策定につきまして、当学会に意見具申の機会をいただき感謝申し上げます。当学会の目的は老年医学の推進と普及、それによる社会貢献ですが、1959年の設立当初から認知症は最重要課題としてきました。2018年に策定した5か年計画でも「認知症への効果的な早期介入と社会的施策の推進」を5本柱の一つに掲げており、認知症の人が尊厳を保持し、希望を持って暮らすことができる社会の成立に向けた大きな一歩となる「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（基本法）の成立を心から歓迎しております。

認知症という疾患を診るのではなく、様々な疾患・症状を併せ持つ認知症の人を包括的・全人的に診るのが老年医学の真骨頂であり、家族共々両者の安寧につながる診察を行っております。全国老人保健施設協会及び全日本病院協会と、認知症を含む高齢者の医療とケアに関する研修会を長年共同して開催するなど、他団体とも協力して認知症ケア体制の構築に尽力している学術団体です。

以上の背景から、当学会として認知症施策推進基本計画の策定にあたっては、是非とも以下の点を十分にご検討いただきたいと意見します。

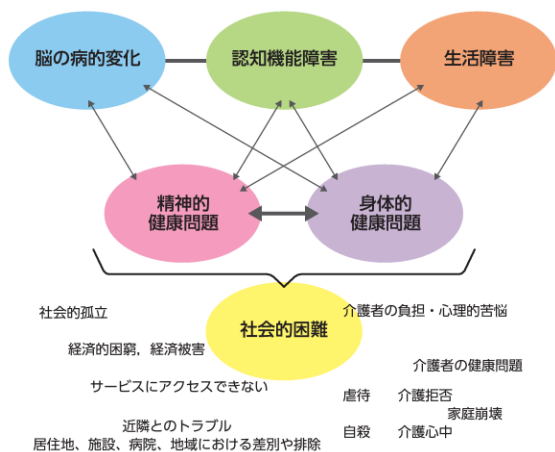
### 1) 認知症の複雑性に基づくアプローチを

認知症は脳の病的変化によって生じた認知機能障害が生活障害を引き起こす程度まで悪化した状態として大まかに定義されます。しかし、認知症が与える影響を全体として理解するためには様々な障害や問題が複雑に相互作用する複雑系としてみる事が必要です。認知症では脳の病的変化や認知機能障害、生活障害に留まらず、精神的健康問題（認知症ではしばしば行動・心理症状と呼ばれます）や身体的健康問題が引き起こされます。これらの障害や問題はそれぞれが互いに影響しあうと共に、社会的孤立や経済的困窮など多くの社会的困難に繋がります（図1）。認知症の支援にあたっては、これらの相互に影響する障害や問題、社会的困難を複合的な課題として捉えた、複雑性を前提としたアプローチが必要と考えられます。この複雑さへのアプローチを実効的な支援に繋げていくためには、本人の思いや希望を理解して何が課題であるかを把握すること、しかもそれを様々な職種が専門性を活かした多職種協働チームで行う事が重要です。機能障害や健康問題に起因するニーズへの支援とともに社会的な支援もあわせて包括的かつ多職種協働で行う事で、認知症の人が自分らしく暮らし続ける事ができる社会の実現につながっていくと思います。これは保健医療サービスや福祉サービスなどの認知症の

人や家族等への支援はもちろんのこと、認知症に関する調査研究においても必要な視点であると考えます。

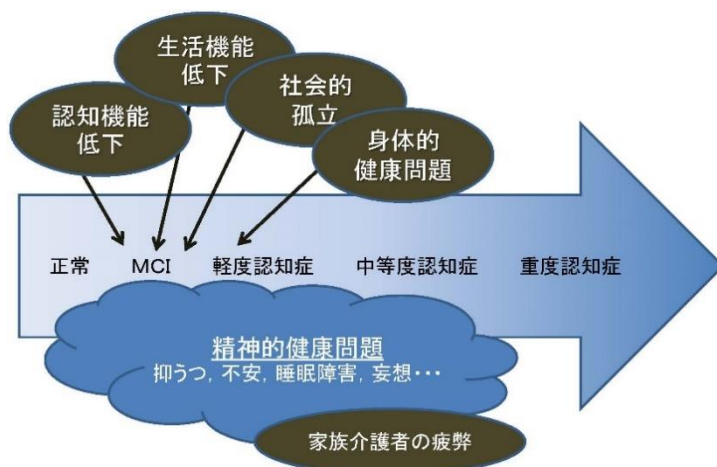
さらに、こうした認知症の特性である複雑化のプロセスは認知症の初期段階、場合によっては軽度認知障害の段階から始まることには注意が必要です(図2)。軽度認知障害の段階から行動・心理症状はしばしばみられますし、それに伴って社会的孤立や介護者の負担が生じてきます。現代の複雑な家電は軽度認知障害であっても利用が困難となり、生活機能に影響を与えることがあります(Glasgow et al. 2013)。従って、予防においても、脳の病的変化から生じる認知機能障害だけに着目するのではなく、生活機能、精神的・身体的健康、さらには社会的な繋がりなど社会生活まで含めた悪化予防の取組が必要であると考えます。独居高齢者の増加が社会問題となっている今こそこうしたトータルなアプローチが重要となります。

図1. 認知症の複雑性



(東京都「コーディネーションとネットワーキングの手引き」より)

図2. 認知症初期段階から生じる複雑化



(東京都健康長寿医療センター栗田主一先生資料より)

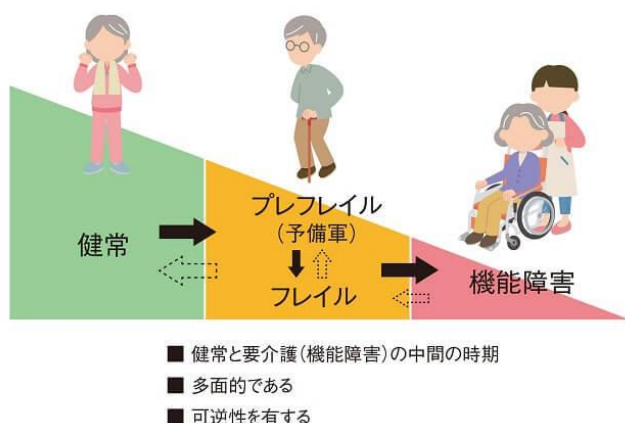
## 2) 認知症とフレイル

認知症に関連する課題の中でも、とりわけ今後重点的な取組が必要な課題としてフレイルが挙げられます。フレイルとは加齢に伴って筋力や活動が低下している状態（虚弱）を指しますが、適切な介入により再び健常な状態に戻るという可逆性が含まれるとされています（図3）。

近年の研究によって、このフレイルが認知症と密接な関連があることが分かってきました（図4）。認知症の人の多くがこのフレイルの状態にあります（Kojima et al. 2017）。フレイルがあるとより一層認知症になりやすく（Grande et al. 2019, Ward et al. 2021）、認知症の進行も早くなり（Benussi et al. 2024）、さらに、入院する危険性が高くなることが報告されています（Davies et al. 2018）。認知症の人が入院するとせん妄や死亡、認知機能や身体機能低下の危険性が高く、退院後も再入院する危険性が高いことが報告されています（Fogg et al. 2018）。

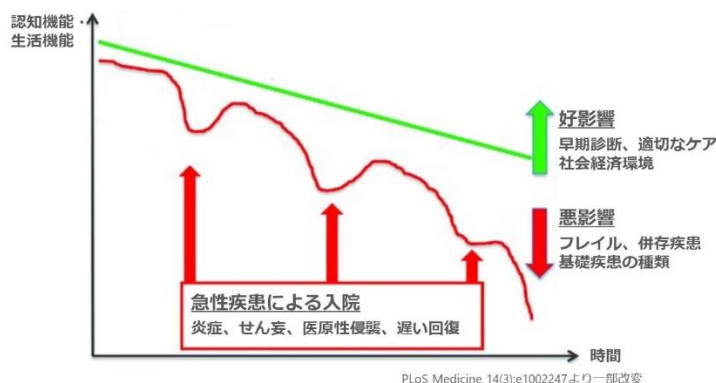
従って、フレイル対策は認知症の人において非常に重要であり、フレイルを予防・改善することによって認知症の発症・進行を抑えるだけでなく、入院する危険性を減らすことによって入院に伴う種々の危険性を避けられる可能性があります。そのためには、認知症の人においてフレイルを、あるいはフレイルの人において認知症を効果的に把握することが第一歩となりますが、認知機能、生活機能などを同時かつ簡潔に評価出来る高齢者総合機能評価が有効です。認知症とフレイルでは運動不足など多くの共通した危険因子があることが分かっており、それらに対する対策を引き続き推進していくことが必要です。さらに、認知症とフレイルへの対策をいかに総合的かつ効果的に進めていくのか研究を推進するとともに、その成果を社会実装していくことが必要です。

図3. フレイルの位置づけと特徴



（公益財団法人長寿科学振興財団 HP より）

図4. フレイルと認知症、入院の関係



### 3) 先端技術を活用した認知症支援の推進を

IT や AI を活用した技術は医療・介護の分野においても研究、開発、社会実装が日進月歩で進んできました。しかし、介護人材不足、独居高齢者の増加などを踏まえるとより一層の推進が必要と言わざるを得ません。今後有望と考えられる技術としては表情や音声など日常的に収集可能な情報による認知症スクリーニング、AI 画像解析などによる診療支援、社会交流を支援するコミュニケーションロボットなどが考えられます。これらの技術開発研究、さらには開発された技術を生活の場もしくは臨床現場で応用するための調査研究を推進して頂きたいと考えます。

表. 先進的な取組の例

1) 認知症の複雑性に基づくアプローチ		
施設名	中心人物名	取り組み内容
市比野記念病院（鹿児島県）	黒田篤院長	認知症初期集中支援チームと連携した地域網羅的スクリーニング
東京都健康長寿医療センター研究所（東京都）	栗田圭一研究所長	ピアサポート能力の強化を含む認知症疾患医療センターの外部評価を通じた機能の標準化
東京都健康長寿医療センター研究所（東京都）	栗田圭一研究所長	認知症カフェや専門職による相談事業を軸とした地域拠点創出（高島平ココからステーション）
藤田医科大学（愛知県）	武地一教授	地域力を高めるための認知症カフェや認知症ケアパスの普及

2) 認知症とフレイル		
内田病院（群馬県）	田中志子理事長	身体疾患における認知症ケアチームの取り組み
秋田大学高齢者医療先端研究センター（秋田県）	大田秀隆教授	地域における認知症予防や検診の取り組み
国立長寿医療研究センター研究所（愛知県）	櫻井孝研究所長	認知症の前段階における包括的介入の取り組み（J-MINT 研究）
国立長寿医療研究センター研究所（愛知県）	櫻井孝研究所長	認知症スクリーニングの実証（J-DEPP 研究）
東京都健康長寿医療センター研究所（東京都）	藤原佳典研究部長	市民の力を生かす高齢者グループ活動の取り組み
広島大学（広島県）	石井伸弥寄附講座教授	コロナなどの感染症状況におけるフレイルへの取り組み
3) 先端技術を活用した認知症支援の推進		
東京大学（東京都）	亀山祐美講師	AI による顔認識と認知症診断
大阪大学（大阪府）	武田朱公寄附講座准教授	視線検出技術による簡便な認知機能評価



2024年4月23日

認知症施策推進関係者会議

会長 栗田 主一 殿

公益社団法人日本老年精神医学会

理事長 池田 学

## 認知症施策推進関係者会議への意見

このたびは認知症施策推進基本計画の策定にあたって、本学会に意見具申の機会をいただき感謝申し上げます。日本老年精神医学会は、1986年の創設以来、高齢者のこころの健康問題の克服という観点から、認知症とともに生きる人々のこころの健康や基本的人権の確保に関するさまざまな問題について学際的な取り組みを進めてまいりました。このたびの共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）は、そのような本学会のこれまでの取り組みの方向性と合致したものであり、同法が施行されましたことを学会としてもたいへん嬉しく感じております。

本学会といたしましては、これまでの取り組みを踏まえ、認知症施策推進基本計画（以下、基本計画）の策定にあたりましては、下記の課題についてご検討いただければと願っております。

### 1. 認知症とともに生きる人々の基本的人権の確保

認知症基本法の第3条1項に示されておりますように、すべての認知症の人が基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすることは、共生社会の実現を推進するための基本的な視点であると考えます。そのような中、今般、早期アルツハイマー病（AD）の新たな治療薬として疾患修飾薬の一つである抗アミロイドβ抗体薬が承認され、今後認知症の脳病理に直接作用して治療効果を発揮する疾患修飾薬の開発・普及がさらに進むことが予想されますが、それに伴い新たな課題が生じていると思われまます。

- 1) 疾患修飾薬の治療効果による進行遅延により病期が早期に留まる人が増加することが見込まれますが、現在これらの早期例に対する支援体制は十分ではありません。とくに、若年性ADではさらに課題が多く、社会・生活機能が低下した認知症に焦点を当てたこれまでの治療・介護モデルでは不十分であり、彼らの社会参加を促し、就労支援の方法、居場所の確保を作る仕組み、など企業や事業所を巻き込んだ研究が必要であると思えます。
- 2) 疾患修飾薬による治療の対象とならなかった人への心理・社会的サポート体制の構築も重要です。とくに、軽度認知障害（MCI）や初期の認知症に対する非薬物的治療を提

供できる体制を整えることは薬物療法の対象外になった人たちが絶望しないために重要です。

- 3) 疾患修飾薬の開発とともに認知症診断の血液バイオマーカー開発の進歩は目覚ましいものがあり、その社会実装が視野に入ってきています。低侵襲で安価なバイオマーカーが確立されることには大きな意義がありますが、被検者の裾野が大きく広がれば国民の多くが軽微な認知機能障害の段階、場合によっては健常の段階で自分の脳内に認知症の病理変化が存在することを知ることになります。そのことにより、本人も親族も大きな不安を抱える可能性があります。超早期の診断や治療に関する意思決定や告知について総合的に議論し、研究を進める必要があると思います。

## 2. 認知症とともに生きる人々の社会的孤立の克服

社会的孤立とは、一般的に社会的交流が不足ないし欠如していることを言いますが、それは、必要時に社会的支援の利用を可能とする社会的ネットワークが存在しないこと、つまり必要な支援へのアクセシビリティが欠如していることを意味しています。認知機能低下は社会的孤立の重要な危険因子であることが知られていますが、独居の認知症高齢者が急速に増加している今日では、認知機能低下があることと、独居であることがあいまって、社会的孤立状況に置かれている認知症の人が急増しています。また、近年の大規模自然災害やパンデミックの経験を通して、私たちは、平時の社会的孤立が緊急時において増幅され、社会的孤立状況にある人々の健康リスクが著しく高められることを繰り返し経験しています。このような問題を克服していくためには、平時から、地域社会の中で、社会的孤立の克服に向けた制度横断的・分野横断的な政策的アプローチが必要であり、それを実社会において実現していくための学際的研究を推進する必要があります。

## 3. 認知症とともに生きる人々のメンタルヘルスとウェルビーイングの促進

認知症とともに生きることは、すべてのステージにおいて、本人のみならず、家族や支援に関わる人々のメンタルヘルスとウェルビーイングに影響を及ぼします。認知症の行動・心理症状 (BPSD) はその一つの現れですが、それをただ単に BPSD として捉えるだけでは不十分かと思われます。BPSD の問題を含め、認知症とともに生きる人々のメンタルヘルスの問題と広く捉え、本人・家族・支援者のウェルビーイングの促進をめざした学際的研究を推進していく必要があります。また、認知症の前駆段階 (prodromal 期) の認知機能障害に注目するだけでなく、前駆段階に出現していると思われる不安、躁うつ、幻覚・妄想などの精神症状とその対応に関する研究も必要と思われます。