

認知症総論とリハビリテーション

東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室 新美芳樹
令和7年 3月8日

認知症の概要

本日の内容

- ✓認知症の概要
- ✓認知症疾患総論
- ✓各認知症疾患
- ✓治療
- ✓リハビリテーション

概要：認知症とは

(定義)
第二条 この法律において「認知症」とは、アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

- A. 1 つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、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）
- DSM—5 Major Neurocognitive Disorder

認知症とは

(国及び地方公共団体の責務)
(認知症に関する施策の総合的な推進等)

第五条の二 国及び地方公共団体は、認知症（アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう。以下同じ。）に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。

介護保険法

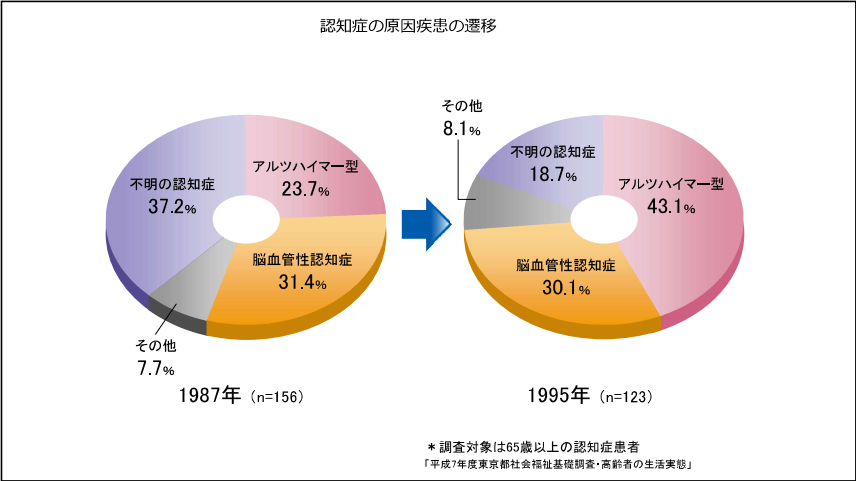
第一章 総則

(認知症)

第一条の二 法第五条の二第一項の政令で定める状態は、アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患（特定の疾患に分類されないものを含み、せん妄、鬱病その他の厚生労働省令で定める精神疾患を除く。）により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態とする。

介護保険法施行令

5



7

2023年の時点の認知症のインパクト

"Dementia Fact Sheets"

Alzheimer's Disease International

3秒ごとに、世界で誰かが認知症を発症している

認知症は現在、世界で7番目に多い死因であり、一部の国ではますます主要な死因になっている

認知症と共に生きる人の数は世界中で5,500万人を超え、2050年までに1億3,900万人に増加すると予想されている

認知症の年間世界コストは1兆3,000億ドルを超え、2030年までに2倍以上の2兆8,000億ドルに増加する

認知症のインフォーマルケア時間は年間1,330億時間で、フルタイム労働者6,700万人に相当する

認知症の40%は、遅延または軽減できる可能性がある

認知症の75%は診断されていない

認知症の85%は診断後のサポートを受けていない

4人に1人は、認知症を予防できないと考えている

介護者の35%が、家族の認知症の診断を隠していると答えた

医療従事者の約62%は、認知症を正常な老化の一部と誤解している

医療従事者の約62%は、認知症を正常な老化の一部と誤解している

女性は認知症のインフォーマルケアの大部分を担い、主な介護者の約3分の2が女性。この数字は、2050年までに世界の認知症有病率の71%を占める低所得国（LMIC）で大幅に高い。低所得国では、認知症患者の介護の90%が自宅で行われている

6

認知症の主な原因疾患

図 1 認知症の主な原因疾患の内訳（後継調査で診断が確定した患者のみ）

AD: アルツハイマー病
VaD: 血管性認知症、DLB/PDD: レビー小体型認知症/認知症を伴うパーキンソン病
FTLD: 前頭側頭葉変性症
Alcohol: アルコール性
Mixed: 混合性
Others: その他

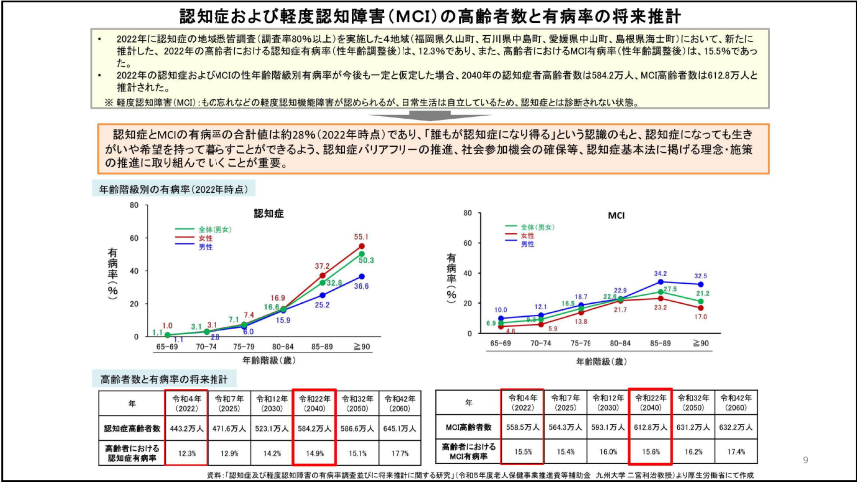
出典「都市部における認知症患者と認知症の生活機能障害への対応」(H25年報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度」(H24年公表)を引用

(1)神経変性疾患
① アルツハイマー型認知症
② 非アルツハイマー型認知症: レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、神経原線維変化型老年認知症、嗜銀顆粒性認知症、PD-D、ALS-D、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、ハンチントン病など

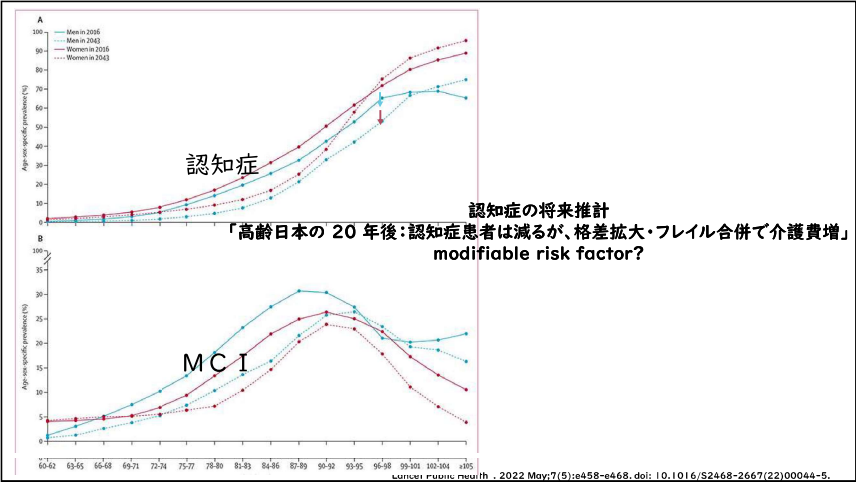
(2)脳血管障害(脳血管性認知症)
脳血管性認知症、ビンスワンガー病、CAA

(3)その他の原因疾患
① 内分泌・代謝性中毒性疾患: 甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB ₁₂ 欠乏、ビタミンB ₆ 欠乏、ペラグラ、脳リボドーシス、ミトコンドリア脳筋症、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低血糖症、低血糖症、アルコール関連脳症、薬物中毒など
② 感染性疾患: クロイツフェルト・ヤコブ病、重急性硬化性全脳炎、脳寄生虫、進行性多変性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍など
③ 腫瘍性疾患: 脳腫瘍(原発性、転移性)、髄膜癌腫など
④ 外傷性疾患: 慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など
⑤ 脳液循環障害: 正常圧水頭症
⑥ 中枢免疫疾患: 神経ペーシェット、多発性硬化症、橋本脳症など
⑦ その他: サルコイドシス、など

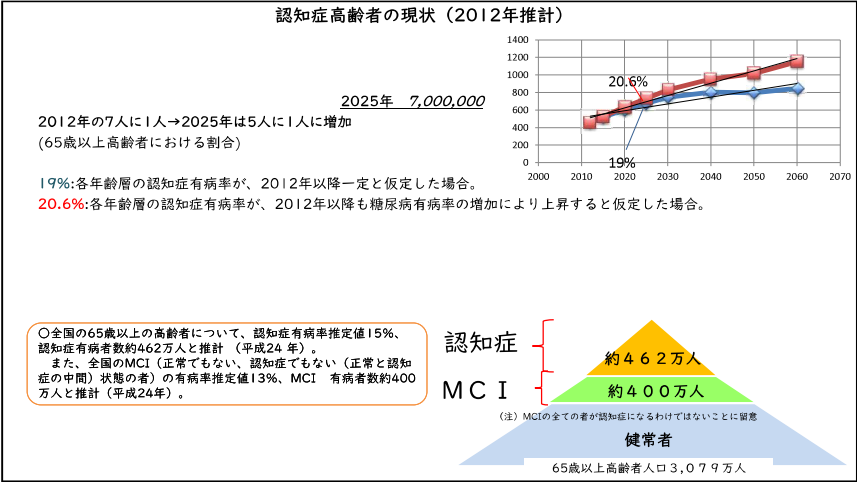
8



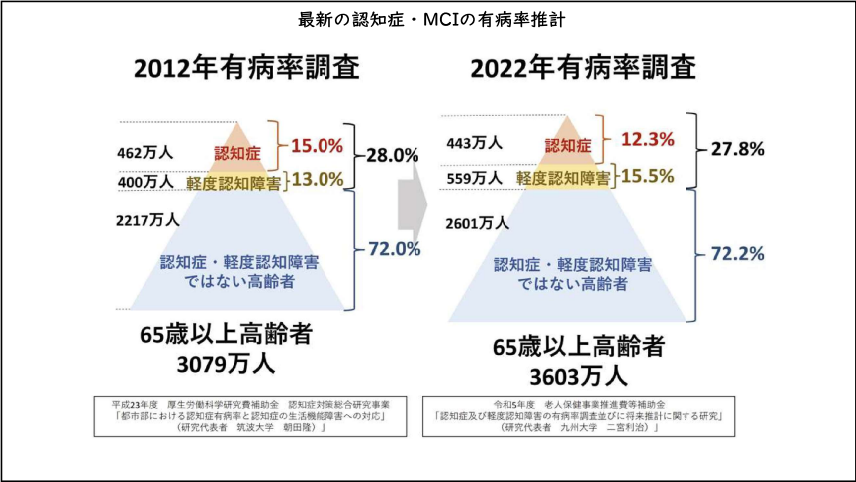
9



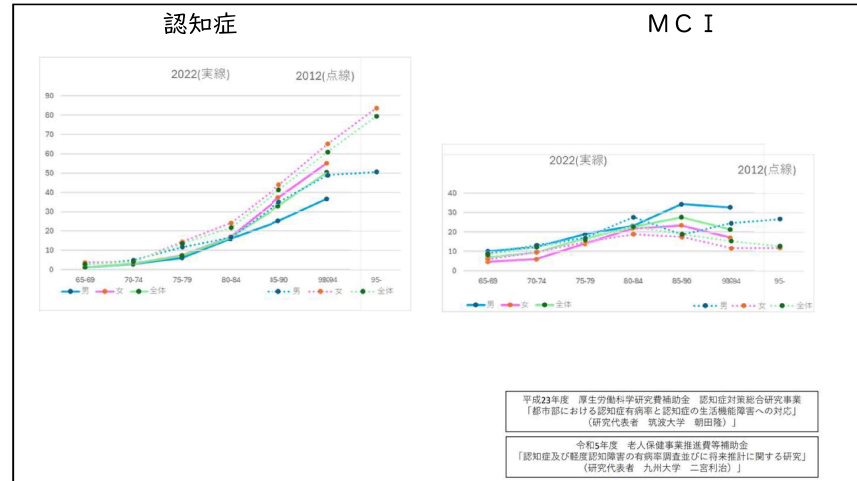
11



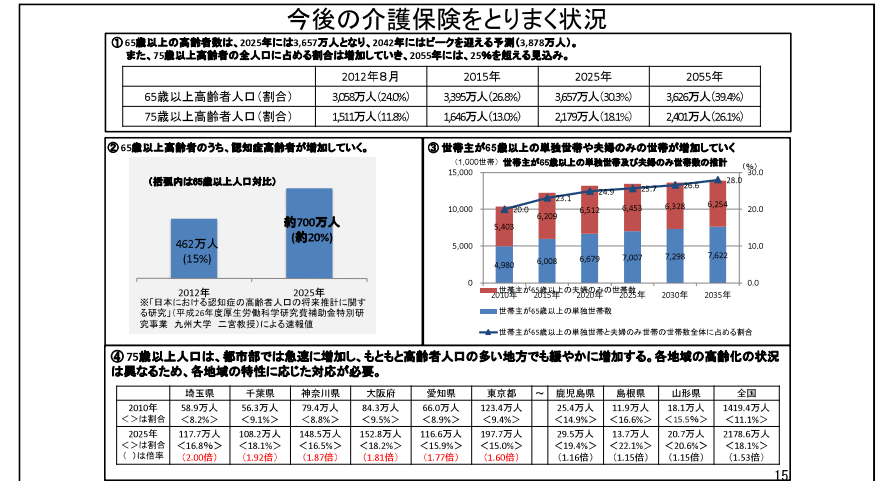
10



12



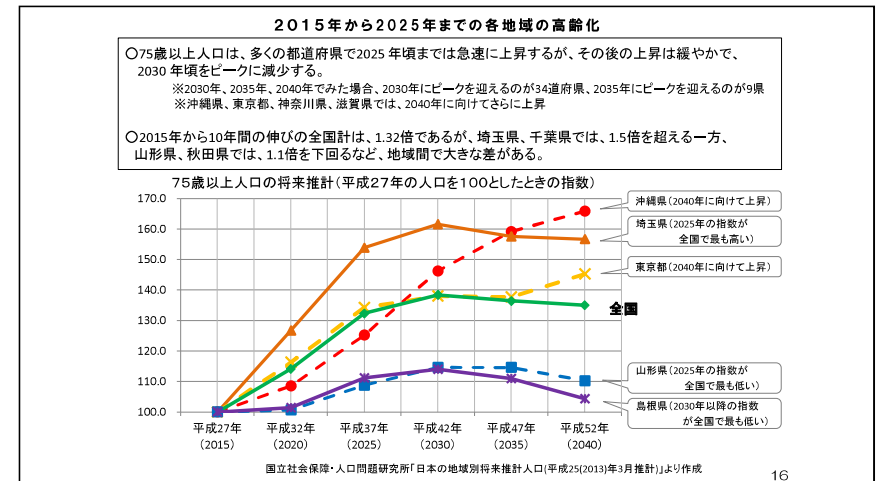
13



15



14



16

厚生労働科学研究費補助金 H25～H26年度
“わが国における認知症の経済的影響に関する研究” 概要
研究代表者 慶應義塾大学精神医学 佐渡光洋

研究の結果

□ 認知症に関する年間の社会的費用は、2014年現在年間約14.5兆円と推計。

- ・医療費、約1.9兆円（入院医療約9,700億円、外来医療約9,400億円）。
- ・介護費、約6.4兆円（在宅介護約3.5兆億円、施設介護約2.9兆円）。
- ・利用者1人あたりの介護費は、在宅介護費用219万円、施設介護費用353万円。
- ・インフォーマルケアコスト、約6.2兆円。

要介護者1人あたりのケア時間は、24.97 時間/週、ケアコストは、382万円/年。

□ このコストは、2025年には約19.4兆円、2060年には約24.3兆円と推計。

※インフォーマルケアとは、家族等が無償で実施するケアのこと

研究の方法

- ✓ 医療費：医療保険レセプトデータを用い、認知症に関連する医療費だけを抽出、総額を推計。
- ✓ 介護費：介護給付費実態調査および自治体の介護レセプトから、要介護度ごとに認知症のサービス受給者数と平均利用額を掛け合わせ構築し、推計。
- ✓ インフォーマルケアコスト：全国に調査票を配布し要介護者のインフォーマルケア時間を調査、要介護度ごとのインフォーマルケア時間を推計し、これに介護単価を掛け合わせて推計。

※研究報告書でも、認知症以外の疾患による影響を完全に排除できないため医療費や介護費が過大評価されている可能性や、インフォーマルケアコストは介護単価の設定によって大きく変動することなどが指摘されている。

参考

- ✓ イギリスでは、2013年の認知症の社会的費用は、263億ポンド（約3.9兆円：1£＝148.64円（2014年購買力平価））。
- ✓ アメリカでは、2010年の費用は1,570億ドル～ 2,150億ドル（約17.5兆円から24.1兆円：1\$＝111.63円（2010年購買力平価））。

5. 基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の促進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
・認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域づくりの推進のための施策
・認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
・認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
・若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
・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ことができるための施策
・認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを選時にかつ切れ目なく提供するための施策
・個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備等】
・認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
・認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】
・認知症の早期診断、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及、等
・認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用、等

⑧【認知症の予防等】
・希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
・早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

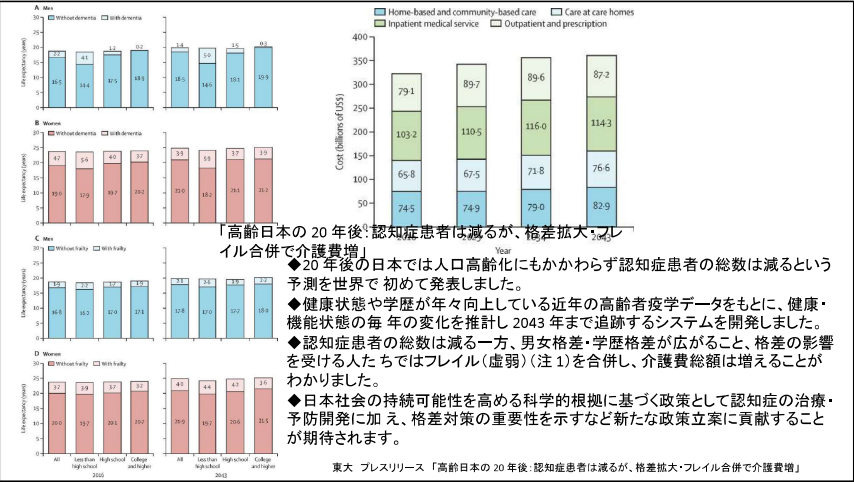
※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途として検討



認知症施策推進基本計画 令和6年12月3日閣議決定

5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

【施策の目標】 認知症の人が、居住する地域にかかわらず、自らの意向が十分に尊重され、望む場で質の高い保健医療及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく利用できるように、地域の実情に応じたサービス提供体制と連携体制を整備し、人材育成を進めることを目標として、以下の施策を実施する。

(1) 専門的な、又は良質かつ適切な医療提供体制の整備

- 認知症の人が住み慣れた地域で希望に沿った生活ができ、自らの意向が十分に尊重されるよう、居宅、介護事業所・施設、医療機関において、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進する。また、併存する身体疾患や精神疾患について、かかりつけ医や地域包括支援センター等が必要な医療機関につなぐことができるよう必要な取組を推進する。
- 認知症疾患医療センターについて、地域の実情に応じ、認知症の専門相談、鑑別診断、薬物療法・非薬物療法、地域連携、認知症の人やその家族に対する診断後支援までの一貫した支援を実施するため、アルツハイマー病を始め、他の様々な認知症の背景疾患に対応できるよう専門職への啓発を実施するなど、相談機能の充実を含めた認知症疾患医療センターの機能の在り方を検討し、必要に対応を行う。
- 専断あるケアと適切な医療を提供することを目指し、行動・心理症状（BPSD）に対する理解及び対応力向上を図るための研修を実施すること等により、チームケアを推進する。
- ポリファーマシー対策を推進するため、かかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師の配置を促進する。また、認知症の人の口腔機能等の維持・向上のため、専門職による口腔管理等を推進する。
- 高齢者の介護予防や生活の質の維持、日常生活・社会生活の生活化のために重要な難聴の早期の気付きと対応の取組を促進するとともに、その効果を検証する。

(2) 保健医療福祉の有機な連携の確保

(3) 人材の確保、養成、資質向上

認知症施策推進基本計画 令和6年12月3日閣議決定

7. 研究等の推進等【【施策の目標】共生社会の実現に資する認知症の研究を推進し、認知症の人を始めとする国民がその成果を享受できるようにすることを目標として、以下の施策を実施する。

(1) 予防・診断・治療、リハビリテーション・介護方法等の研究の推進・成果の普及

- 共生社会の実現に資するため、認知症の本態解明等についての基礎研究及び臨床研究を推進するとともに、基礎研究の成果を臨床研究に、臨床研究の知見を基礎研究に活用するなど、基礎研究・臨床研究間で連携して研究を推進する。
- 産官学連携、学会間連携、研究への認知症の人、家族等及び市民の参画等を進め、画期的な診断・治療・創薬等シーズの研究開発を推進する。
- アルツハイマー病に加えて、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症、脳小血管病や高齢者タウオパチー等病態未解明である認知症の病態解明・診断法・治療法・介護方法の開発につながる研究を整備する。
- 研究成果について、認知症の人や家族等を含む国民が広く享受できる環境を整備する。
- プレクリニカル（前臨床相）から重症認知症までの全ステージに対して、予防・診断・治療法・リハビリテーション・介護方法の開発等、様々な背景疾患を有する認知症の病態解明に向けた研究も含め、幅広い研究を推進する。

(2) 社会参加の在り方、共生のための社会環境整備その他の調査研究、検証、成果の活用

- 若年性認知症の人等の社会参加・就労支援を促進する体制の社会実装に向けた研究を推進するとともに、就労支援や居場所確保など診断後支援策に関する認知症の人や家族等の希望についての地域ごとの実態調査等を推進し、その成果を認知症の人や家族等のほか、地域の関係機関が活用する環境整備を推進する。
- 認知症の人と家族等の経験・意向を踏まえながら研究テーマを構成する当事者参画型研究を推進する。
- 介護分野における介護ロボット・ICT等の開発・実証・普及広報のプラットフォーム等により、認知症の人や介護現場のニーズ等を反映した介護ロボット・ICT等の開発・普及に向けた支援を実施する。
- 認知症の予防・診断・治療、リハビリテーション、ケアに関する技術・サービス・機器等の効果を、認知症の人と家族等の視点も踏まえて検証し、効果を評価するための指標の普及を図る。

(3) 官民連携、全国規模調査の推進、治療実施の環境整備、認知症の人及び家族等の参加促進、成果実用化環境整備、情報の蓄積・管理・活用の基盤整備

- 認知症の人と家族等が、希望する研究・治療に積極的に参加できるよう、研究・治療環境を整備する。
- 創薬・国際連携を見据えた認知症臨床研究の基盤となる、レジストリ・コホート研究環境の整備を継続的に推進しながら、それらを活用してAMEDと製薬企業を含む民間企業等の官民連携を更に推進する。
- 認知症の診断直後以降の、QOLを含む臨床情報を追跡するための研究基盤を構築する。

G7 Health Ministers' Communiqué Ancona, October 10-11, 2024

- 46. We will continue to promote the development of age-friendly and dementia-inclusive communities through initiatives such as medical and long-term care coordination, multi-stakeholder consultations including public and private sectors, with the participation of individuals living with dementia and care-givers in line with the WHO's Global Action Plan on Dementia. We will also continue to exchange good practices and evidence in pursuit of more effective measures.
- 47. In addition, we support the development and implementation of multisectoral national action plans, adopting integrated approaches on dementia to promote awareness, and action on evidence-based modifiable dementia risk factors. We also support activities to reduce dementia-related stigma and the development and dissemination of information and resources that contribute to a deeper public and professional understanding of dementia. We will also enhance timely detection, diagnosis of, and interventions for dementia, including the development of care pathways and training of health workers in cluding those who deliver primary care.

2024年G7保健大臣会合（イタリア・アンコーナ）① 厚生労働省大臣官房国際課

概要

- 日程・場所：2024年10月10日（木）～11日（金）（於：イタリア・アンコーナ）
- 参加国・機関：G7、招待国（アルバニア、ブラジル、インド、サウジアラビア、南アフリカ）、国際機関（FAO、WHO、OECD）※我が国からは、迫井医務技監が出席。
- 主な成果：
 - ・ ①～③の優先課題に関する参加国のコミット等を盛り込んだG7保健大臣コミュニケをとりまとめる。
 - ・ また、優先課題③に関連し、AIに関するG7ポリシースタート（保健医療セクターへの備忘と課題）を公表。

※優先課題…① グローバルヘルス・アーキテクチャー（GHA）と将来のパンデミックへの予防・備え・対応（PPR）の強化

② 生涯にわたる疾病予防を通じた健康的でアクティブな高齢化とイノベーション

③ ワンヘルス・アプローチ（特にAMR（薬剤耐性）、気候変動）

G7保健大臣コミュニケの概要

第1章：グローバルヘルス・アーキテクチャー（GHA）と将来のパンデミックへの予防・備え・対応（PPR）

- ・ 将来のパンデミックの予防・備え・対応のため、GHAのカリパス及び財務強化にコミットする。
- ・ PPRに関して、いわゆる「パンデミック条約」の交渉が妥結するよう、政府間交渉会議における議論に貢献していく。
- ・ G7は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を推進し、世界的なパンデミックに対するPPRを強化し、経済成長とイノベーションを促進するために、アフリカにおける医薬品製造能力の強化に向けた取組を引き続き支援。
- ・ Mpoxに対処するためのグローバルに協調の重要性を強調するとともに、コンゴ民主共和国における流行に対して、WHO等の関係機関と協力して取り組む。

第2章：生涯にわたる疾病予防を通じた健康的でアクティブな高齢化とイノベーション

- ・ 心身ともに健康でアクティブな高齢化を促進するため、運動や健康的な食事、予防接種を含む広義の健康増進の重要性を再認識する。
- ・ 女性、子供、高齢者、障がい者等を含むすべての人が必要なケアを受けられる医療システムを構築する。そのために科学的根拠に基づく研究や政策、医療従事者の雇用環境の改善、AI等のイノベーションの活用的重要性を強調する。
- ・ 2025年3月にパリで開催される「成長のための未来サミット」について、拡大する米露危機に対処するための世界的なコミットメントへの重要な機会として歓迎する。

22

資料1 緊急に対応すべき認知症関連・「幸齢社会」実現に向けた施策 内閣官房 健康・医療戦略室

緊急に対応すべきものとして、認知症基本法の施行準備、認知症治療の新時代を踏まえた早期発見・早期介入、検査・医療提供体制の整備、研究開発の推進、独居高齢者を含めた高齢者等の生活上の課題への対応のため、以下の取組を行う。

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の施行準備に向けた都道府県・市町村の取組支援

- ・ 本年6月に成立した「認知症基本法」の施行に向けて、地域住民に対する法の理念等の普及啓発、安心・安全な地域づくりの推進等とともに、あらゆる年齢の認知症の本人の意見を丁寧に聴いた上で、各自治体において計画策定の準備を進めるための財政支援を実施
- ・ あわせて、あらゆる年齢の認知症の本人の意見を丁寧に聴いた上で認知症基本法の分かりやすい解説冊子の作成、自治体からの相談窓口の設置などを通じて、各自治体に対する実務面でのきめ細やかな支援を実施

認知症治療の新時代を踏まえた早期発見・早期介入、検査・医療提供体制の整備

① 共生に向けた認知症の早期発見・早期介入実証プロジェクトの推進

- ・ 地域住民を対象としたバイオマーカーやアプリ・AIを用いたスクリーニング検査の検証及び自治体と連携した本人・家族支援モデルの確立

② 新薬へのアクセス・投与後のモニタリング等の適切な確保

- ・ 認知疾患医療センター等におけるアルツハイマー病の新規治療薬の適正な使用体制の整備に向けた検討

「認知症・脳神経疾患研究開発イニシアティブ」の早期着手

① 脳科学に関する研究開発プロジェクト

- ・ 脳科学に関する研究開発プロジェクトの中核拠点の機能強化
- ・ アルツハイマー病治療薬上市に伴う、認知症の効果的な診断・治療法の確立と普及を目指す研究の強化

② 将来的課題に向けた野心的プロジェクト「ムーンショットプロジェクト」

- ・ 神経回路の再生・修復等による回復治療法等の研究開発など、新たなアプローチへの挑戦

独居高齢者を旨めた高齢者等の生活上の課題への対応

① 省庁横断体制の下での取組推進

- ・ 身寄りのない高齢者等の生活上の課題に向き合い、安心して歳を重ねることができる社会を作っていくため、身元保証など民間事業者によるサポートについて、実態把握、課題の整理等を実施するとともに、内閣官房に省庁横断型「身元保証等高齢者サポート調整チーム」を立ち上げ、検討を開始

② 身寄りのない高齢者等への住まい支援

- ・ 独居の高齢者や生活困窮者等の住居に課題を抱える方々に対する総合的な相談対応や、一貫した支援を行える実施体制を整備し、見守り支援や地域とのつながり促進支援など、地域共生の観点も取り入れたマネジメントを行うモデル事業を実施

高齢者などの消費者被害の防止

○ 消費者行政における相談・見守り体制の強化

- ・ 高齢者など配慮を要する消費者に対する相談・見守り体制を強化し、消費者トラブルの早期発見・未然防止に取り組む自治体支援

24

11

12

認知症等の発症・進行抑制、治療法の開発 ～認知症・脳神経疾患研究開発イニシアティブ～

➢ 我が国は高齢化に伴い認知症が急増（2040年に約950万人、高齢者4人に1人の割合）

➢ 日本発の認知症新薬が米国で正式承認されるなど[※]、我が国の創薬開発は先行。また、脳科学研究等の基礎研究成果も出始めている。国際競争が激化する中、我が国の基礎研究シーズを創薬に繋げる総合力を強化、拡充していくことが重要。

➢ このため、創薬加速化、脳科学応用、将来技術からなる3段階の「認知症・脳神経疾患 研究開発イニシアティブ」を創設。国際共同治験、基礎・臨床の双方向性の産学共同研究開発、将来に向けた新規技術の研究を行う。また、脳機能の解明によって、健康・医療分野のみならず、人工知能、量子技術など幅広い分野にイノベーションを波及させていく。

※2023年7月6日、エーザイと米バイオジェンが開発した新薬「カヌマブ」が米FDAから正式承認。同日、メデイエアの集積適用対象に選定。新薬は世界初の認知症の悪化抑制剤で、悪化スピードを27%低下させる。

具体的内容

①加速化：治療薬等の研究開発加速化プログラム

- ・創薬標的から創薬シーズの創出
- ・創薬シーズから治験に直結する研究開発支援、国際共同治験体制の整備
- ・簡便なバイオマーカーの開発（髄液検査から血液検査へ）、医療機器の開発

②脳科学応用：脳科学に関する研究開発プロジェクト

- ・革新的な治療法・創薬開発：新たな標的治療開発、新たなバイオマーカー 等
- ・疾患機序・創薬標的特定：認知症等のコホートやバイオバンクの生体資料・データ活用 等
- ・ヒト脳機能ダイナミクス解明：ヒト脳の神経回路のダイナミクス理解、多次元・多階層データ解析 等
- ・革新的技術・研究基盤構築：ヒトfMRI画像、動物資源等の基盤整備、数値モデルを活用したデジタル脳、脳計測技術開発 等

③将来に向けた研究開発：認知症克服に向けた「ムーショットプロジェクト」

- ・神経回路の再生・修復等による回復治療法等の研究開発など、新たなアプローチへの挑戦

3

25

現状と課題

（一般病院の医療従事者 に対する認知症対応力向上研修 テキストより）

一般病院における、医療従事者の認知症への知識及び対応能力は十分とはいいがたく、しばしば入院した認知症の人の行動・心理症状(BPSD)やコミュニケーションの困難さによる戸惑いや混乱、看護・介護負担の増加がみられる。

そのため、認知症を理由とする入院拒否等によって手術や処置などの必要な医療を受けることができなかったり、時には不適切な身体拘束や安易な薬物的鎮静がなされることがある。

これらの中には、認知症に対する理解や基本的知識、具体的な対応方法が習得されることで避けられるものも多いとされる。

27

認知症疾患総論

26

認知症について

認知症は病名ではありません
種々の原因疾患により認知機能が低下し、生活に支障が出ている状態（6か月以上継続している状態）。一過性のせん妄との区別が必要。

認知症の主な原因疾患

- アルツハイマー型認知症
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭型認知症(ピック病など)

65歳以上の10人に1人は認知症

年	2012年 (平成24年)	2015年 (平成27年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)
認知症高齢者数*	305万人	345万人	410万人	470万人
65歳以上に占める割合	9.9%	10.2%	11.3%	12.8%

（厚生労働省 認知症高齢者数の将来推計より 平成24年8月24日発表）

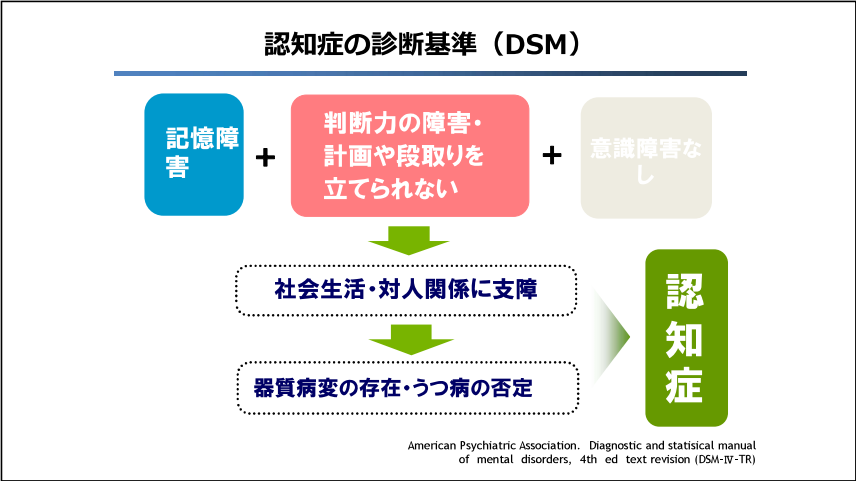
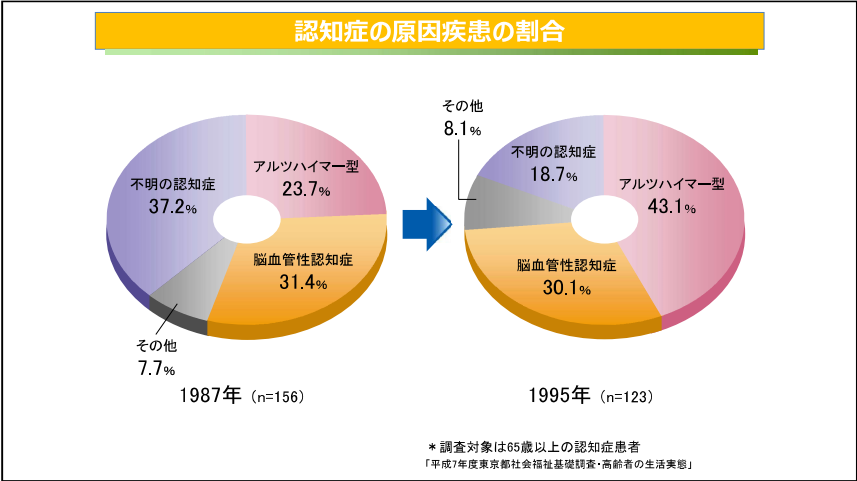
*認知症の人の人数：介護保険サービス利用者の中で、「認知症高齢者の日常生活自立度」が1以上の人の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に集計して推計。2012年は実数。



28

13

14



認知症の主な原因疾患

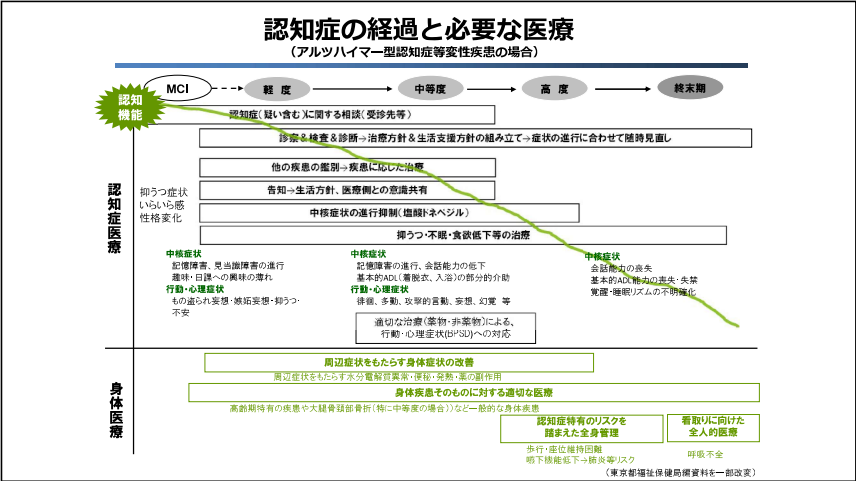
図9 認知症の原因疾患の割合（認知症で診断された者978名）

AD: アルツハイマー病
VaD: 血管性認知症、DLB/PDD、レビー小体型認知症/認知症を伴うパーキンソン病
FTLD: 前頭側頭葉変性症
Alcohol: アルコール性
Mixed: 混合性
Others: その他

出典「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H24年報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢年齢について」(H24年報告)を引用

(1)神経変性疾患	
① アルツハイマー型認知症	② 非アルツハイマー型認知症
③ その他の原因疾患	

(2)脳血管障害(脳血管性認知症)	
① 内分泌・代謝性中毒性疾患:	② 感染性疾患:
③ 腫瘍性疾患:	④ 外傷性疾患:
⑤ 脳液循環障害	⑥ 中枢免疫疾患
⑦ その他:	



MCI (Mild Cognitive Impairment)

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

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

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

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

33

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	うつ病	アルツハイマー型認知症
発 症	週か月単位、 何らかの契機	緩徐
もの忘れの 訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても 生活に支障ない
答え方	否定的答え（わからない）	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶 に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

35

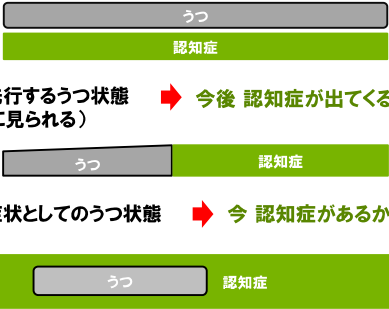
認知症と区別すべき病態

意識障害・せん妄
加齢による認知機能の低下
うつ状態による仮性認知症
精神遅滞

34

うつ病と認知症の関係

- 1. 独立した疾患としてのうつ病 ➡ 認知症との鑑別が問題に
- 2. 認知症に先行するうつ状態 ➡ 今後 認知症が出てくるかもしれない
(DLBで時に見られる)
- 3. 認知症の症状としてのうつ状態 ➡ 今 認知症があるかもしれない



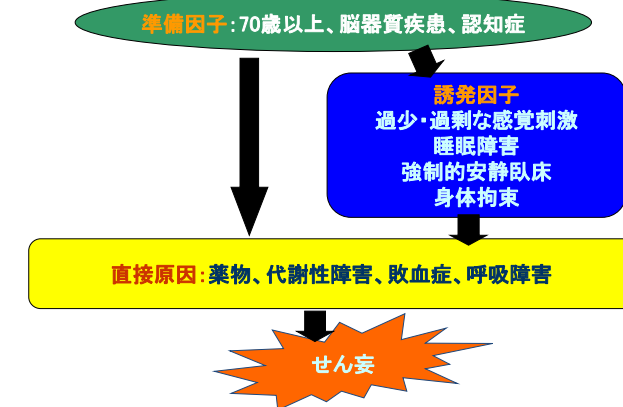
36

術後せん妄のあるケース

- 76歳女性、2年前にアルツハイマー型認知症の診断を受け、抗認知症薬を内服している。長男と二人暮らしで入院歴なし。
- 今回、自宅の玄関前で転倒、右大腿骨頸部骨折で緊急入院となった。入院翌日、静脈麻酔と脊椎麻酔を併用し、骨接合術が行われた。
- 術後は、末梢点滴ルート、膀胱留置カテーテル、酸素マスク、創部ドレーン挿入、酸素マスク、外転枕を装着した。帰室時、体温36.1℃、血圧122/68mmHg、脈拍88回/分、動脈血酸素飽和度99%であった。
- 帰室後から腰痛を訴え表情も硬いため、ボルタレン坐薬25mgを使用した。

37

せん妄の発症



39

術後せん妄のあるケース 続き

- その後とうとうしていたが、夜中に起き上がり、「米を研がないといけないから、こんな所で寝てられないわ」とベッドから降りようとする。
- 看護師は「家で転んで骨折して手術したんですよ。安静にしないと」と説明した。そしてステーション近くの部屋に移動させ、頻回に訪室して見守った。
- その後、起き上がる様子はなかったが、カテーテル類をいじったり、体動が激しく何度も外転枕の位置を直さなければならなかった。
- 朝5時に訪室すると、壁を指して、「子どもがいる」、「ほらほら、霧がかかってきたよ」と意味不明なことを言い出した。

38

対応の違いでみる せん妄と認知症

認知症と間違えられやすい症状に **せん妄** がある

⇒ **身体疾患と薬物に起因**するものが多く、**治療することによって症状改善**が図れる

【症状の特徴】

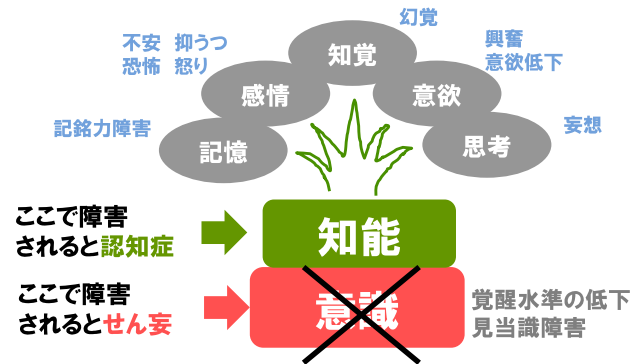
- ・意識障害がある
- ・起始が明確である
- ・夜間に増悪することが多い

【留意点】

- ・身体状態、病歴や投与されている薬剤などに注意を向けることが重要

40

せん妄の概念



41

せん妄の原因

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会：プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005

43

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発 症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持 続	数時間 ～ 一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与しない

42

せん妄の原因となる主要な薬剤

- 抗パーキンソン病薬
- 抗コリン薬
- 抗不安薬
- 抗うつ薬
- 循環器用薬：ジギタリス、βブロッカー、利尿薬
- H2受容体拮抗薬
- 抗癌薬
- ステロイド

44

せん妄への対応

- せん妄のリスクアセスメントを行う
- せん妄対策マニュアルを作成する
- 認知症を評価し、生活支援を行う
- 場合によっては家族やボランティアの協力を得る

45

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったことがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

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

47

せん妄

〈ポイント〉

- せん妄の場合は**生活リズム**をつけることを重視する。
- 生活リズムをつけるには、**かかわるスタッフすべてが、環境要因**であることを意識する。
- 関わるスタッフすべてが情報を共有し、**同じ考えのもとでチームでかかわる意識**が必要である。

46

認知症 と考える症状

- ・今日の年月日や曜日、今何時頃かわからない。
- ・少し前のことや、話したことを全く覚えていない。
- ・同じことを何度も言ったり、会うたびに同じ内容の話をする。
- ・使い慣れた単語が出てこなく、代名詞が多い。
- ・話の脈絡をすぐに失う。
- ・質問されたことと違うことを答える。
- ・話のつじつまを合わせようとする。
- ・家族が同席していると、聞かれるたびに家族の方を向く。



48

認知症の中核症状

中核症状
認知機能障害

記憶障害・見当識障害・判断力低下など

記憶障害

新しく経験したことを記憶にとどめることが困難となる。



見当識障害

ここはどこで、今がいつなのか、わからなくなる状態。



判断力の低下

計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する、判断するということが出来なくなる。



49

認知症の診断基準

複数の診断基準で基本的に共通する認知症の定義

- いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、
- 複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態。
- 認知障害の中でも、記憶障害が中心となる症状で、早期に出現することが多い

DSM－Ⅳでは

- ・ 社会的機能の著しい障害。
- ・ 記憶障害に加え、以下の障害が1つ以上ある（失語、失行、失認、実行機能障害）
- ・ ゆるやかな発症と持続的な機能の低下。
- ・ 認知症以外の疾患が除外できる。

DSM－Ⅴでは（2013年より）

- ・ 「Dementia」から「Major Neurocognitive Disorder」へ用語を変更。
- ・ 複数の認知機能領域で1つ以上障害。（記憶、失語、失行、失認、実行機能障害）。
- ・ 認知機能障害により、自立した生活が妨げられる。
- ・ 認知症以外の疾患が除外できる。

※DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 精神障害の診断と統計マニュアル

51

家族がつくった 認知症・早期発見のめやす

もの忘れがひどい

- 今切ったばかりなのに電話の相手の名前を忘れる
- 同じことを何度も言う・問う・する
- しまい忘れ置き忘れが増えいつも探し物をしている
- 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う



判断・理解力が衰える

- 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった
- 新しいことが覚えられない
- 話のつじつまが合わない
- テレビ番組の内容が理解できなくなった



時間・場所がわからない

- 約束の日時や場所を間違えるようになった
- 慣れた道でも迷うことがある



人柄が変わる

- 些細なことで怒りっぽくなった
- 周りへの気づかいがなくなり頑固になった
- 自分の失敗を人のせいにする
- このごろ様子がおかしいと周囲から言われた



不安感が強い

- ひとりになると怖がったり寂しがったりする
- 外出時 持ち物を何度も確かめる
- 「頭が変になった」と本人が訴える



意欲がなくなる

- 下着を替えず 身だしなみを構わなくなった
- 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
- ふさぎ込んで何をするのも意欲がりがいやる



50

認知症症状とは？

認知症症状

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

- ・ 記憶障害
- ・ 判断力低下
- ・ 見当識障害
- ・ 言語障害（失語）
- ・ 失行
- ・ 失認
- ・ ほか

行動・心理症状(BPSD)

- ・ 不安
- ・ 落ち着かない、イライラしやすい
- ・ 抑うつ
- ・ 気持ちが落ち込んでやる気がない
- ・ 徘徊
- ・ 無目的に歩き回る、外に出ようとする
- ・ 不眠
- ・ 妄想
- ・ 物を盗まれたというなど

52

25

26

日常の診療でできる簡易スクリーニング法

もの忘れスクリーニング検査(例)①

これから言う3つの言葉を言ってみて下さい。
あとでまた聞きますからよく覚えておいて下さい。
(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく)

1 : a) 桜 b) 猫 c) 電車 2 : a) 梅 b) 犬 c) 自動車

今日は何年の何月何日ですか
何曜日ですか
(年月日、曜日が正確でそれぞれ1点づつ)

年
月
日
曜日

a : 0 1
b : 0 1
c : 0 1

0 1
0 1
0 1
0 1

先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。
(自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合は以下のヒントを与えて正解であれば1点)

a) 植物 b) 動物 c) 乗り物

a : 0 1 2
b : 0 1 2
c : 0 1 2

浦上 克彦・Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. 0:48-53, December, 2003)

53

日常の診療でできる簡易スクリーニング法


正常


軽度の障害


中等度の障害


重度の障害

頭頂葉機能の検査として元々使用→
認知症に使用
施行時間1-3分
軽度認知症での感度は低い
様々な採点方法が報告
感度・特異度は概ね85%前後

CERAD採点法

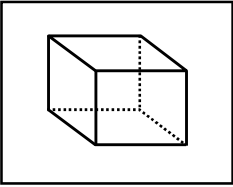
白紙に書かれた直径10cm程の円を提示して、「これは時計盤です。時計に見えるように数字を書き込んでください。そして時刻を11:10に合わせてください。」などと教示

55

日常の診療でできる簡易スクリーニング法

もの忘れスクリーニング検査(例)②

立方体の模写


見本


左の図形と同じものを、ここに書き写して下さい。

・立方体を正しく描ける……2点
・正確ではないが、一部描ける……1点
・全く描けない……0点

浦上 克彦・Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. 0:48-53, December, 2003)

54

各認知症疾患

56

剖検例による認知症の頻度

(欧米)

Study	Sample size	AD ± (pure AD)	LBD ± (pure LBD)	VaD ± (pure VaD)	Comment
Perry et al. (1989)	93	NA (49%)	NA (19.4%)	NA (6.5%)	Demented inpatients
Galasko et al. (1994)	170	80% (51%)	22% (2%)	9% (2%)	AD research centers in California
Ince et al. (1995)	69	90% (NA)	20% (NA)	6% (NA)	Subjects from a nursing home
Kalra et al. (1996)	102	65% (NA)	16% (NA)	4% (NA)	Canadian Brain Tissue Bank
Drach et al. (1997)	59	64% (36%)	14% (0%)	27% (12%)	Subjects from a nursing home
Bowler et al. (1998)	122	75% (72%)	20% (9%)	6% (3%)	University Memory Disorder Clinic
Holmes et al. (1999)	80	88% (55%)	15% (11%)	29% (9%)	Camdenwell Dementia Register
Lim et al. (1999)	134	71% (25%)	>18% (2%)	34% (3%)	Health cooperative registry
Barker et al. (2002)	382	77% (42%)	26% (8%)	18% (3%)	Memory clinics

(日本)

Matsui et al. (2009)	164	52% (38%)	13% (5%)	43% (30%)	Hisayama study
Murayama et al. (2009)	674	43% (34%)	13% (10%)	32% (26%)	Brain Bank for Aging Research (Tokyo)

AD: アルツハイマー病、LBD: レビー小体病、VaD: 脳血管性認知症 (重複あり)

VaD (pure VaD)は全認知症の4~43% (2~30%)を占める

Barker et al. Alzheimer Disease and Associated Disorders 16: 2203~212, 2002を一部改変

57

血液検査、胸部レントゲン、心電図

血液一般 → 脱水

腎機能 → 脱水

電解質 (Na, K, Cl) → 脱水

肝機能、アンモニア → 肝性脳症

血糖 → 糖尿病

甲状腺機能 (TSH, F-T3, F-T4) → 甲状腺機能低下症

ビタミンB₁ → ウェルニッケコルサコフ症候群

ビタミンB₁₂ → ビタミンB₁₂欠乏

ワッセルマン反応 → 梅毒

血液ガス分析 → 心不全、不整脈、呼吸不全

心電図

胸部レントゲン

59

一般的・神経学的診察

・甲状腺、肝臓、心臓、肺などの他臓器疾患の有無

神経学的症候について

アルツハイマー型認知症では、局所神経学的症候は無い

上下肢の運動麻痺はあるか？
パレー徴候

パーキンソニズムはあるか？
歩行の観察
手首の固縮の有無
振戦の観察

58

画像診断

CT, MRI

器質性の脳病変の有無

脳梗塞 → 脳血管性認知症

脳出血 → 脳血管性認知症

萎縮 → 脳血管性認知症

脳室拡大+PVL/PVH → 正常圧水頭症

腫瘍 → 脳腫瘍

硬膜下血腫 → 慢性硬膜下血腫

アルツハイマー型認知症
レビー小体型認知症

脳血流シンチグラム

特徴的なパターン

60

髄液検査

髄膜脳炎のような炎症性疾患との鑑別に有用
アルツハイマー型認知症の診断に役立つ
生化学的マーカー

$A\beta_{1-42}$



タウ蛋白



リン酸化タウ蛋白



61

DSM-IV-TR(米国精神医学会診断統計便覧第4版)による アルツハイマー型認知症の診断基準

- A) 記憶を含む複数の認知機能障害
- B) 社会的・職業的な機能の障害/病前の機能の著しい低下
- C) ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
- D) A)の障害が下記によらない
 1. 中枢神経系疾患(脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)
 2. 全身性疾患(甲状腺機能低下症、VB12/葉酸/ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症)
 3. 物質誘発性の疾患
- E) せん妄の経過中にのみ現れるものではない
- F) 障害が他の第1軸の疾患では説明されない
大うつ病性障害、統合失調症など

63

アルツハイマー病

62

アルツハイマー型認知症の例(68歳・女性)

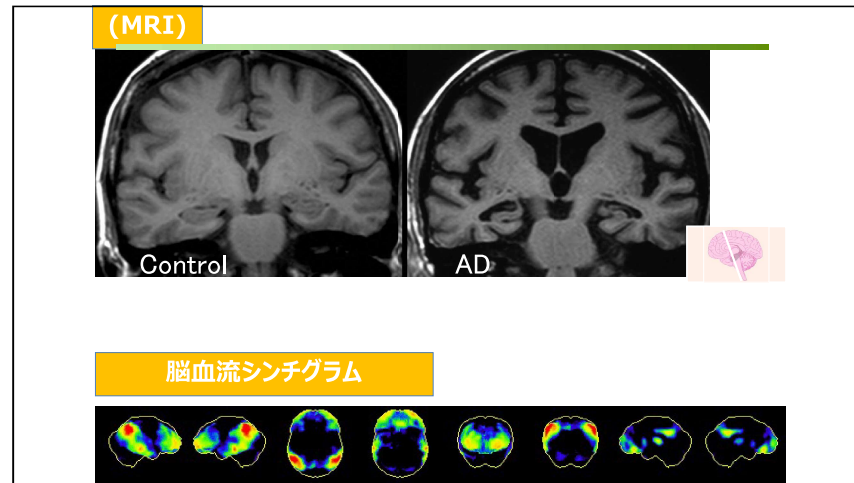
1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもの
のしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところに何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えて
いない。
買い物へはいくが、同じものを大量に買ってきてしまい 冷蔵庫内で腐らせて
しまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。
最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

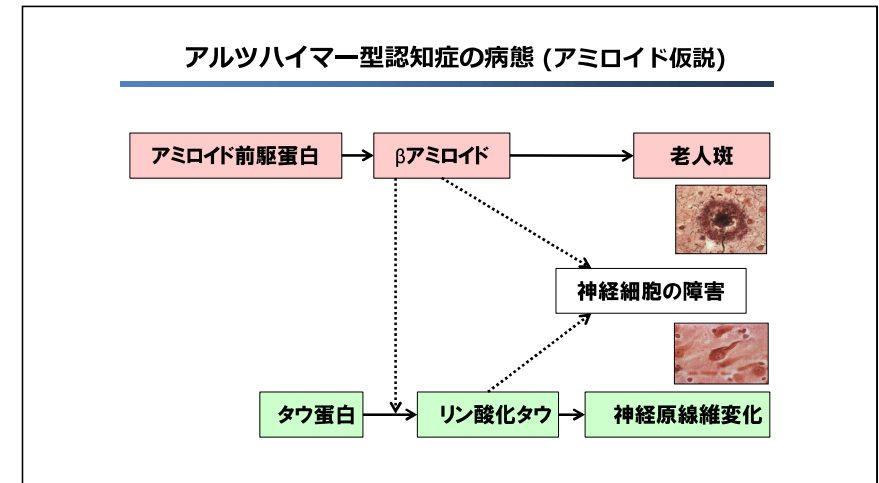
時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記録 3/3、集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか?の問いに対し、“えーっと何月
でしたっけ”と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見て
こなかったからと言いつける。

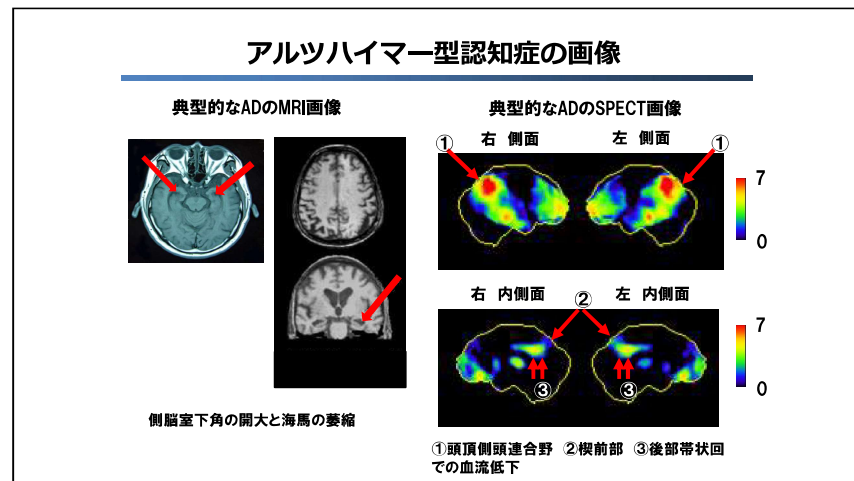
64



65



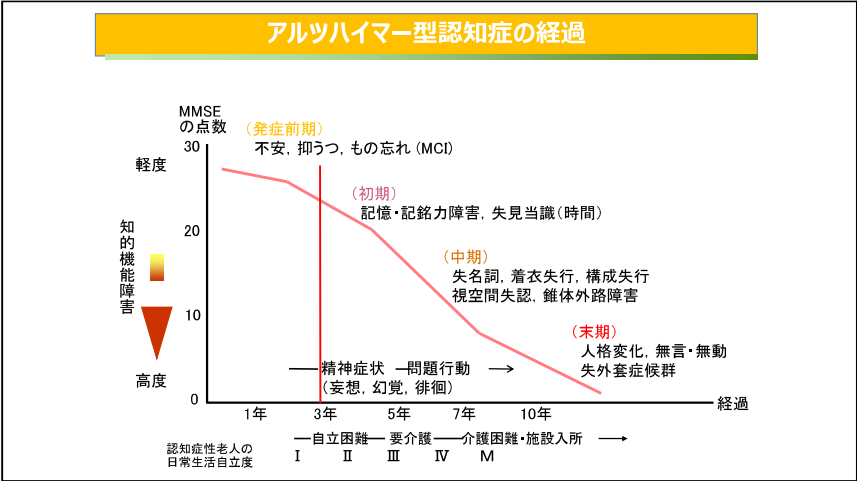
67



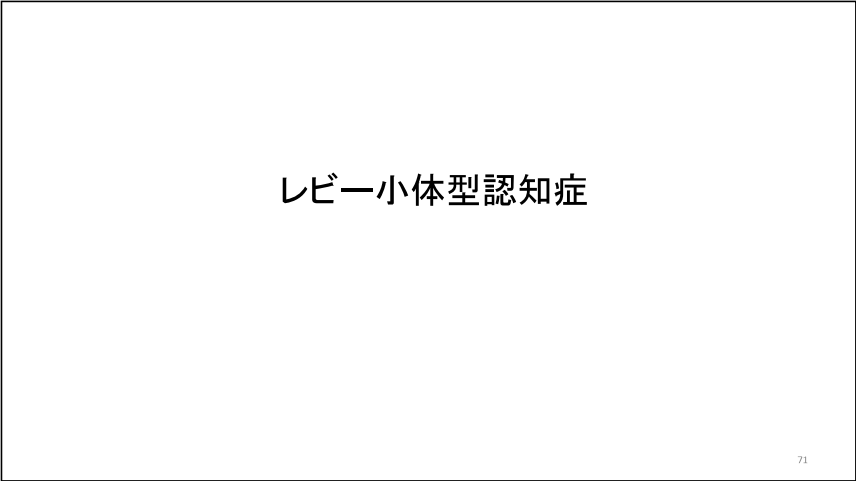
66



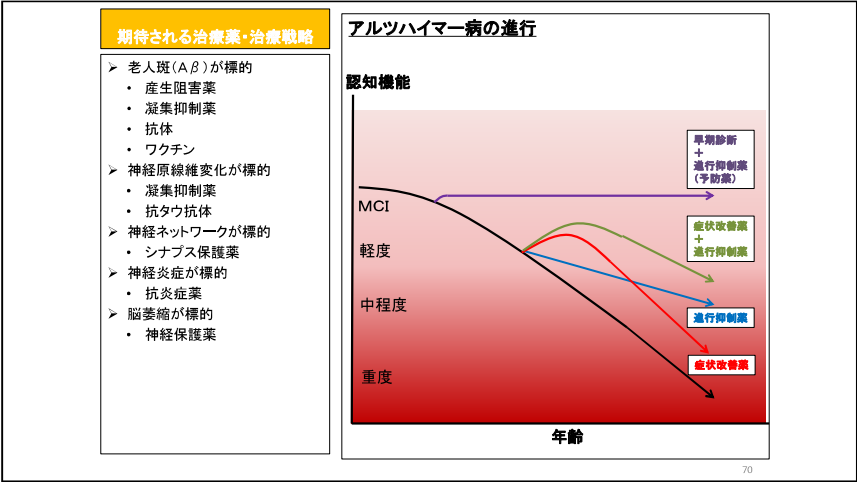
68



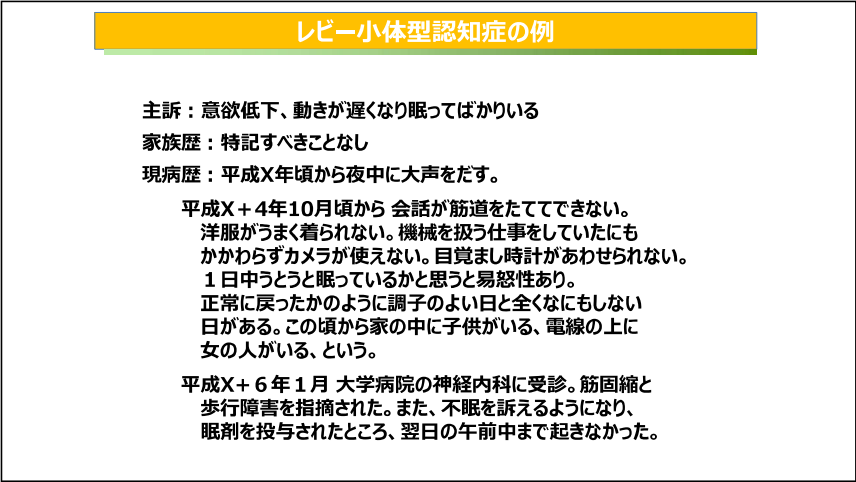
69



71



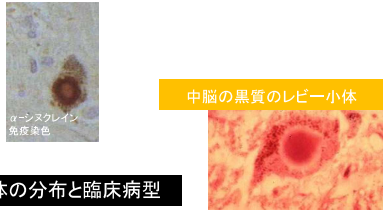
70



72

レビー小体病 (パーキンソン病、レビー小体型認知症 (DLB) など)

レビー小体の主成分は α -シヌクレイン(シヌクレイン異常症)



中脳の黒質のレビー小体

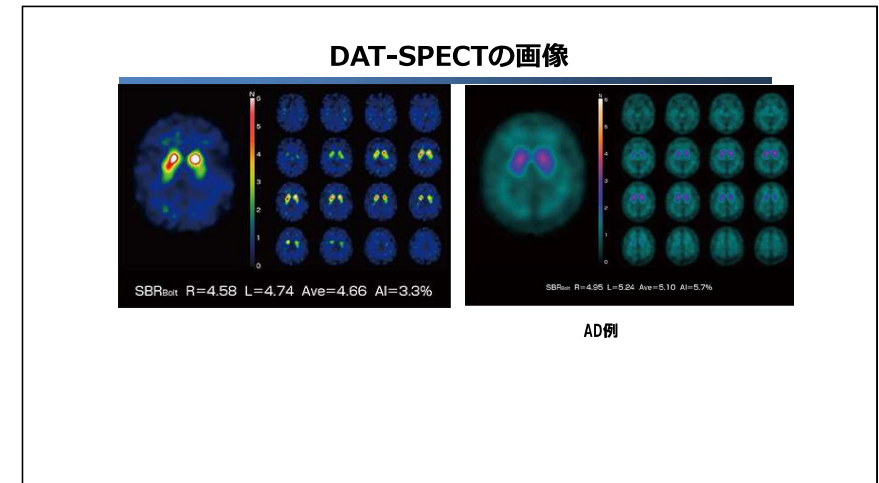
大脳皮質のレビー小体

レビー小体の分布と臨床病型

脳幹部: パーキンソン病
↓
大脳辺縁系: レビー小体型認知症
↓
大脳新皮質:

〈原図〉金沢大学 山田正仁

73

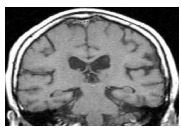


75

(MRI)

検査所見

〈MRI〉



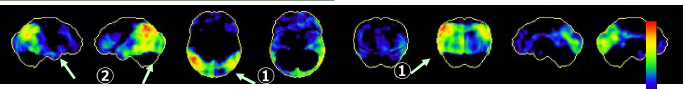
〈MIBG心筋シンチグラフィ〉

↓ early

↓ delayed

参照: 健常者 (early)

脳血流シンチグラム



74

レビー小体型認知症の診断基準①

- 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在
初期は記憶障害が目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。
- 以下の3項目の中核症状のうち probable DLBでは2項目、possible DLBでは1項目が認められること
 - 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
 - 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
 - 3) パーキンソニズムの出現

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

76

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠行動障害
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核でのドーパミントランスポーターの減少

4. DLBの診断を支持する症状

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

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

77

前頭側頭型認知症（62歳・女性）

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃやれな性格だったが、家族とも口をきかなくなかった。

平成X+2年6月頃から異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわか

らない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。

夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30

病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

79

前頭側頭型認知症

78

前頭側頭型認知症の病気の説明

1. 行動障害：発症は緩徐で、経過も緩徐進行性 行動や品行の障害が早期から出現

清潔さと整容の無視、社会性に対する関心の消失、
脱抑制的行為、精神面での柔軟性の欠落、常同的、
保続的行動、道具の強迫的使用、衝動的行動、
注意力散漫、病識欠如

2. 感情障害：抑うつ、不安、自殺念慮、執着観念、妄想 奇妙な自己身体への執着、無表情

3. 言語能力の障害：進行性の発語の減少、常同言語 反響言語と保続

4. 空間認知と習慣は保たれる

80

前頭側頭葉変性症の概念

1) 定義: 臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群

2) 分類: 前頭側頭葉変性症 (FTLD) $\left\{ \begin{array}{l} \text{前頭側頭型認知症 (FTD)} \\ \text{進行性非流暢性失語症 (PNFA)} \\ \text{意味性認知症 (SD)} \end{array} \right.$

新分類: 前頭側頭型認知症 (FTD)
(2011)

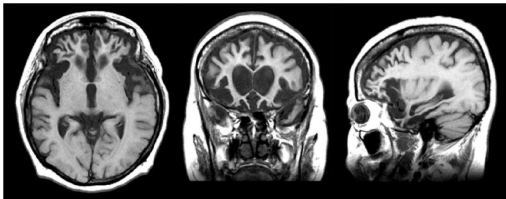
$\left\{ \begin{array}{l} \text{行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)} \\ \text{言語障害型前頭側頭型認知症} \\ \quad \left\{ \begin{array}{l} \text{進行性非流暢性失語症 (PNFA)} \\ \text{意味性認知症 (SD)} \end{array} \right. \end{array} \right.$

※病理型としては、封入体内の異常蛋白によって、FTLD-tau, FTLD-TDP, FTLD-UPS, FTLD-FUS, FTLD-nlに分類される。

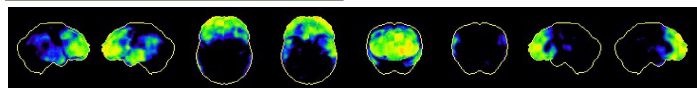
3) 疫学: ・頻度: ADとの比は10分の1以下
・65歳以下の発症が多く、性差はない
・ときに家族歴を有することがある

脳血管性認知症

(MRI)



脳血流シンチグラム



NINDS-AIRENによる 血管性認知症の診断基準

1. 認知症
 - a. 記憶障害および認知機能に障害があること
 - b. それらは神経心理検査で裏づけされたうえで診察で証明
 - c. これらが脳卒中による身体的ハンディキャップによらない
2. 脳血管障害
 - a. 脳血管障害による局在徴候が神経学的検査で認められる
 - b. 脳画像検査で対応した脳血管性病変がみられること
3. 認知症と脳血管障害との関連

(a.b.が単独でみられるか両者が見られる場合)

 - a. 脳卒中発症後3ヶ月以内の認知症発症
 - b. 認知機能の急速な低下、あるいは認知機能障害の動揺性
あるいは階段状の進行

Román GC et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies-Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-260

血管性認知症の考え方の変化

これまでの考え方

脳卒中の既往があれば 血管性認知症
画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症

アルツハイマー型認知症 ↔ 血管性認知症

脳血管障害

最近の考え方

AD+CVD 血管性認知症 (VaD) 脳血管障害 (CVD)

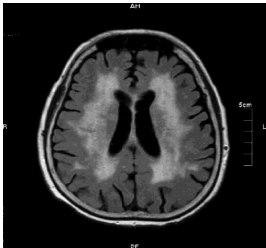
アルツハイマー型認知症 (AD) AD+VaD

(長田の図を改変)

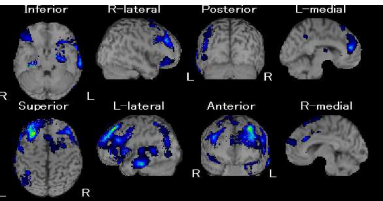
85

血管性認知症の画像

MRI

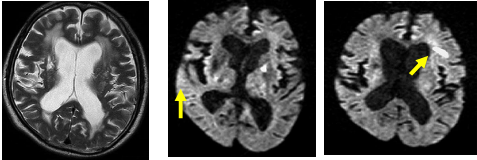
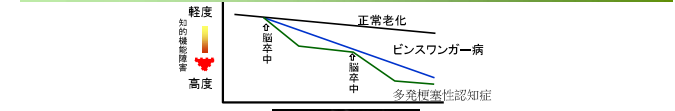


SPECT



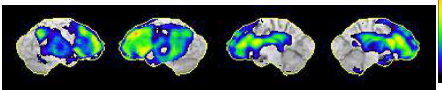
87

(MRI)



(原図) 東京医科大学病院 老年病科 羽生 孝夫

脳血流シンチグラム



86

広範、多発梗塞型血管性認知症



88

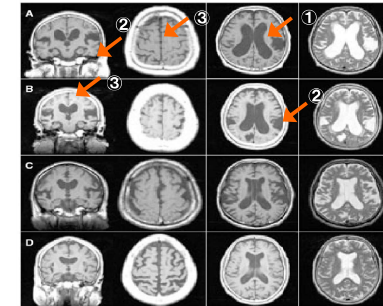
限局梗塞型血管性認知症



89

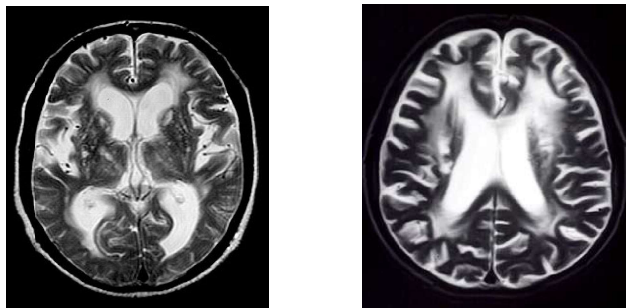
突発性正常圧水頭症 (iNPH) Hakim's disease(ハキム病)

- 水頭症を来す原因疾患がない
- 高齢者に多く見られるが正確な発症頻度は不明
- 歩行障害、尿失禁、認知症が緩徐に進行
- 適切なシャント術によって症状が改善する可能性がある
- 特徴ある画像所見を呈する
- 髄液除去テストを行い上記症状が改善
- 病理学的な裏付けはない



91

皮質下性血管性認知症



90

治療

92

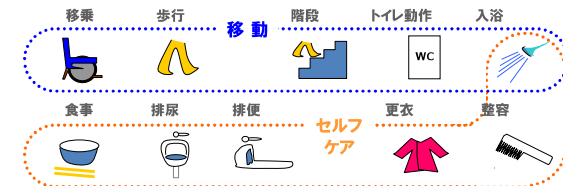
認知症初期の発見のポイント

1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常がみいだせない。
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる。
5. 前回行った検査を全く覚えていない。
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す。
7. 入院すると不穏になる。
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

93

ADLのアセスメント

● Barthel Index



- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度 (DAD)
(Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL
(Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

95

判断・実行機能障害のアセスメント

● 家族からの情報で

- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

● 本人への質問

- ・火事に会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

94

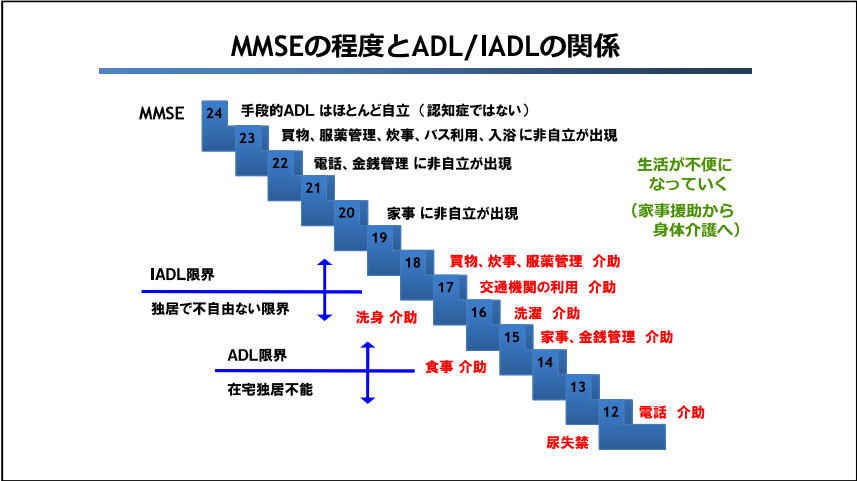
IADLのアセスメント

● IADL (Lawton) = 独居機能の評価



- 認知症のための障害評価尺度
(Disability Assessment for Dementia:DAD)

96



97

CDRによる重症度アセスメント

	なし (0 点)	軽微 (0.5 点)	軽度 (1 点)	中等度 (2 点)	重度 (3 点)
記憶	記憶障害なし、あるいは軽度の断片的な物忘れ	軽度の物忘れが常に存在し、出来事を部分的に思い出す「良性」健忘	中等度の記憶障害 障害は最近の出来事についてより顕著、障害は日々の生活を妨げる	重度の記憶障害 十分に学習したことのみ保持 新しいことは急速に記憶から消失	重度の記憶障害 断片的なことのみの記憶に依存
見当識	十分に見当識がある	時間的前後関係に軽度の困難があることを除き十分に見当識がある	時間的前後関係に中等度の困難がある 検査の場所についての見当識は正常、他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない	時間的前後関係に重度の困難がある、たいていの場合、時間的見当識は障害され、地理的見当識なしまたは障害される	自分についての見当識のみが保たれている
判断力と問題解決能力	日常の問題を解決し、仕事上および金銭上の問題を十分処理できる	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある	問題解決、類似点および相違点に中等度の障害がある たいていの場合、社会的判断力は保持されている	問題解決、類似点および相違点に重度の障害 なっていない場合、社会的判断力は障害されている	判断あるいは問題解決ができない
地域社会の活動	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において、通常のレベルでは自立して機能する	左記の活動に軽度の障害がある	左記の活動のいくつかに、また困っているかもしれないが、自立して機能できない 通り一遍の検査だと正常そうに見える	家庭外において、自立して機能するようには見えない 家庭外の会合に連れて行っても、それくらい健康そうに見える	家庭外において、自立して機能するようには見えない 家庭外の会合に連れて行っても、それくらい健康そうに見える
家庭および趣味	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持	家庭生活、趣味および知的興味の軽度な障害	家庭における機能は軽度だが明確に障害されている より複雑な趣味や興味の喪失	単純な家事のみの維持、非常に限られた趣味が不十分に保持されている	家庭において、重要な機能が果たせない
身の回りの世話	自分の置居は自分で十分できる	促すことが必要	更衣、衛生、身の回りの身の保	更衣、衛生、身の回りの身の保	身の回りの世話において、多くの助けが必要 清潔に失禁

99

FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

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

98

- ### 認知症の人への支援
- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
 - もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
 - 本人の前での家族に対する病状説明は、慎重に行う
 - 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる
 - 身体疾患を早期に見つけて治療をする

100

家族への支援

- 専門医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力して、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用をすすめる
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、など介護者の負担の少ない方法をとる

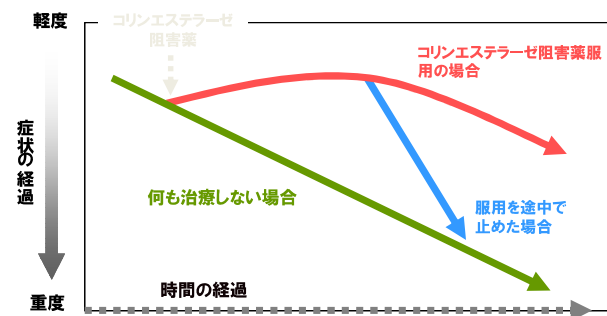
101

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネベジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE阻害 (アセチルコリン エステラーゼ阻害)	AChE阻害/ ニコチン性ACh受容体 刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5～10mg	8～24mg 液剤あり	4.5～18mg 貼付剤
初期投与方法	3mgを1～2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後16mg で維持	4週ごとに4.5mgずつ増 量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70～80	5～7	10
代謝	肝臓	肝臓	腎臓
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)

103

アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過と コリンエステラーゼ阻害薬の効果



102

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

1. アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症に使用
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
徘徊、振戦、頭痛
顔面紅潮、皮疹

104

メマンチンの特徴

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～高度
一日用量	20mg 5mgから毎週漸増
用法	1
代謝	肝臓
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)

105

投薬に際して注意すべきこと

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
(本人または介護者が行う)
- 薬の効果と副作用の観察が行えること
(本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる)
- 定期的な受診と服薬指導が受けられること

107

メマンチンの副作用

- 副作用：
 - ・浮動性めまい
 - ・便秘
 - ・体重減少
 - ・頭痛
 - ・傾眠
- チトクロームP450による代謝を受けにくい
ため薬物相互作用が少ない

106

何をもって薬剤の効果判定を行うか

- 認知症に関する様々な評価尺度があるが、効果判定の大切な一つの基準は、日常生活上の変化である。
「何か変化はありましたか？」と家族に尋ねながら効果判定の目安にする。
- 家族が自ら改善を観察すると、服薬に家族が積極的に協力するようになる。また、家族が症状に注意して接することは、介護の質を上げることにもつながる。

108

最軽症例の治療開始時期について

- 最軽症例では診断が難しい
しかし、症状や経過からアルツハイマー型認知症が考えられるときは、本人・家族にアルツハイマー型認知症が“疑われる”ことを説明する。
数ヶ月間経過をみるのも一つの方法だが、もし、アルツハイマー型認知症なら治療開始は早いほうがよいことも説明し、コリンエステラーゼ阻害薬の服用開始(時期)について、本人や家族と相談する。
- 軽度認知障害の人におけるコリンエステラーゼ阻害薬の服用がアルツハイマー型認知症の進展を抑制するという報告はない。
(認知機能をわずかに改善させる可能性はある)

109

前頭側頭型認知症の注意点

- 初期症状が記憶障害とはかぎらず性格変化や言語障害で始まることもある
- 全経過を通じて介護負担が大きい。他の認知症以上に介護者に対する配慮と介護のための社会資源の紹介を早めにおこなう
- 行動・心理症状(BPSD)に対して、鎮静的な薬剤を過剰に使用しないことを常に念頭におく

111

レビー小体型認知症の注意点

- 認知機能が変動しやすいので状態をみながらリハビリテーション等を行う。
- 転倒しやすいことを伝える。
- 血圧の変動も大きいので注意を要する。
- 薬剤過敏性があることが多い。
(過鎮静と錐体外路徴候等)
- 幻覚は完全に抑制しなくても良い場合がある。

110

血管性認知症の注意点

- 脳血管障害の再発予防及び危険因子(高血圧症、糖尿病、不整脈等)の管理
- 廃用症候群になりやすいため、デイケアやデイサービス等を利用して活動性をあげる
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため誤嚥や転倒に注意する

112

認知症の人の入院加療・退院をスムーズに進めるために

一般の人以上に、身体的、環境的、心理・社会的要因による影響を受けやすい特徴があります。

そのために、以下の点を理解しておきましょう。

○ 認知症の人がたどる経過と入院

○ 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

○ 本人が体験していること

○ 認知症の人の全人的理解

113

認知症の薬物治療

図 1 | 認知症の薬物療法フローチャート

認知症疾患診療ガイドライン 2017

Name (Generic/Brand)	Indicated For	Common Side Effects
Donepezil Kisurda TM	Alzheimer's disease (MCI or mild dementia)	ARIA and headache
Lecanemab Leqembi [®]	Alzheimer's disease (MCI or mild dementia)	Infusion-related reactions, ARIA and headache
Donepezil Aricept [®]	Mild to severe dementia due to Alzheimer's	Treats cognitive symptoms (memory and thinking). Nausea, vomiting, loss of appetite, muscle cramps and increased frequency of bowel movements.
Galantamine Razadyne [®]	Mild to moderate dementia due to Alzheimer's	Nausea, vomiting, loss of appetite and increased frequency of bowel movements.
Rivastigmine Exelon [®]	Mild to moderate dementia due to Alzheimer's or Parkinson's	Nausea, vomiting, loss of appetite and increased frequency of bowel movements.
Memantine Namenda [®]	Moderate to severe dementia due to Alzheimer's	Headache, constipation, confusion and dizziness.
Memantine + Donepezil Namzaric [®]	Moderate to severe dementia due to Alzheimer's	
Brexpiprazole Rexulti [®]	Agitation associated with dementia due to Alzheimer's disease	Weight gain, sleepiness, dizziness, common cold symptoms, and restlessness or feeling like you need to move. (*Warning for serious side effects: increased risk of death in older adults with dementia-related psychosis. Rexulti is not approved for the treatment of people with dementia-related psychosis without agitation that may happen with dementia due to Alzheimer's disease.)
Suvorexant Belomira [®]	Insomnia, has been shown to be effective in people living with mild to moderate Alzheimer's disease	

115

認知症の人がたどる経過と入院

本人の暮らし

認知機能低下の進行

	グレーゾーン	中核症状出現期	BPSD多出現期	障害複合期	ターミナル期
自立した暮らし	本人における暮らしの中での変化(主なもの)				
	・物の置き忘れ ・人や物の名前が出すらい	・本人が「おかしい」と感じる ・不安・イライラ ・疲れやすい	・わからないことが増える ・パニックに陥りやすい	・できないことが増える ・ふらつく、転びやすい、動けない	・食べられなくなる ・体温調節が乱れる

どの時期、段階(ステージ)での入院なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要になります。

参考: 永田久美子監修・著「認知症の人の地域包括ケア」、日本看護協会出版会、P12-13、2006

114

	効能または効果	
ドネペジル	アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症における認知症 症状 の進行抑制	本剤がアルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
ガラタミン	軽度及び中等度の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	本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
リバステグミン	軽度及び中等度の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	本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
メマンチン	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	本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
プレクスピプラゾール	アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動	
レカナマブ	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	本剤は、疾患の進行を完全に停止、又は疾患を治癒させるものではない。
ドナネマブ	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	本剤は、疾患の進行を完全に停止、又は疾患を治癒させるものではない。

116

57

58

認知症の非薬物治療

3A-7-1

認知症の非薬物療法にはどのようなものがあるか

回答

認知症に対する介入には、認知機能訓練、認知刺激、運動療法、回想法、音楽療法、日常生活動作 activities of daily living (ADL) 訓練などがある。

表 1 | 認知症の非薬物療法の介入

認知症への介入	認知機能訓練、認知刺激、聴覚刺激電気刺激療法(経頭蓋、末期)、運動療法、音楽療法、回想法、人形療法、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、支持的環境療法、パブリケーション療法、鍼灸療法、経頭蓋磁気刺激療法、認知療法、など
介護者への介入	心理教育、スキル訓練、介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア、介護者のセルフケア、認知行動療法、など

表 2 | 非薬物療法の概要

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、脳の機能レベルに合わせた課題を、紙面やコンピュータを用いて行う。個人療法とグループ療法がある。
認知刺激	光刺激、リハビリテーションセンターセッションなどを通じて、認知機能や社会機能の全体的な向上を目指す。活動やディスカッション(通常はグループで行う)などのさまざまな関与を促す。認知刺激は、認知症の進行を遅らせる可能性がある。認知症の進行を遅らせる可能性がある。
認知リハビリテーション	認知のゴールを設定を行い、その目標に向けて活動を行う。セラピストが患者や介護者に対して個人療法を行う。特定の活動の目標に焦点を絞る。認知症の進行を遅らせる可能性がある。
運動療法	多種多様なプログラムが存在する。週2回〜毎日、20〜75分程度のプログラムが報告されている。運動の内容は、有酸素運動、筋力強化運動、平衡感覚訓練などに分けられ、これらの複数の運動を組み合わせてプログラムを構築することが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在する。週1〜5回、10〜60分のプログラムが報告されている。音楽を聞く、歌う、打楽器などの演奏、リズム運動などの方法があり、これらを組み合わせてプログラムを構築することが多い。
回想法	高齢者の過去の人生の思い出を見たり、ライヴストーリーを聞き手が覚える、共感的、支持的に傾聴することを通じて、心を安んずることを目的としている。
認知行動療法	この療法(認知)とは、物事の受け取り方や考え方を直し、精神状態が不安定なときに生みかたな認知を修正することで、ストレス軽減を図る精神療法の1つである。認知行動療法の場では、介護者に対する介入法として試みられているが、エビデンスレベルは低い。

認知症疾患診療ガイドライン2017

brexpiprazole

eFigure 4. Change From Baseline in CMAI Total Score at Week 12 by Subgroup (Efficacy Sample)

Subgroup	N	LS mean difference (95% CI)
Region		
US	149	0.32 (-5.53, 6.18)
Europe	192	-8.99 (-13.2, -4.81)
Sex		
Female	192	-4.72 (-9.48, 0.01)
Male	149	-5.16 (-10.7, 0.34)
Race		
White	325	-4.83 (-8.43, -1.22)
All other races	16	2.02 (-12.6, 16.7)
Age		
<75 years	173	-6.03 (-10.6, -1.46)
≥75 years	168	-4.46 (-10.1, 1.16)
Dementia severity		
Mild/moderate	271	-5.97 (-9.79, -2.14)
Severe	70	-1.40 (-10.6, 7.76)
Psychosis status		
Present	66	-5.76 (-14.8, 3.30)
Absent	273	-5.23 (-9.08, -1.38)

4. 効能又は効果

- 統合失調症
- うつ病・うつ状態(既存治療で十分な効果が認められない場合に限る)
- アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動

6. 用法及び用量(一部抜粋)

<アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動>

通常、成人にはプラズミドピラゾールとして1日1回0.5mgから投与を開始した後、1週間以上の間隔を置いて増量し、1日1回1mgに投与する。なお、有効性に疑問がなく、十分な効果が認められない場合に限り、1日1回2mgに増量することができるが、増量は1週間以上の間隔をけて行うこと。

【副作用】

高齢認知症患者への抗精神病薬投与により死亡率が1.6〜1.7倍高くなる(米国食品医薬品局(FDA)、2005年及び2008年)。また、転倒や骨折のリスクも高まるので注意を要する。よめられる副作用として、眩暈、めまい、便秘、歩行障害、低下、倦怠感、運動、起立性低血圧、食欲低下などがあられるので注意する。

抗精神薬

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

抗うつ薬

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

抗不安薬

アルツハイマー病を始め認知症疾患に対する抗不安薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能を検討する。中等度以上の認知症患者の不安症状にはベンゾジアゼピン系抗不安薬は推奨しない。

【抗うつ薬】

抗うつ薬「レキサルティ」日本における効能追加の承認取得について

・「アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動」について、国内初となる適応症取得

非薬物介入

The MIND Diet Intervention to Prevent Alzheimer's Disease

食事の内容によって認知症のリスクが53%低減されたことが紹介された、という観察研究を受け開始された介入研究。

炎症軽減、酸化ストレス軽減、Aβ低減などが考えられている。

MIND (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay) 食は10種の推奨食品と、5種の避けるべき食品からなる。

10 food to eat	5 food to avoid
- Green, leafy vegetables(緑の葉野菜) - All other vegetables(他の野菜) - Berries(ベリー類) - Nuts(ナッツ類) - Olive oil(オリーブオイル) - Whole grains(全粒穀物) - Fish(魚) - Beans(豆) - Poultry(家禽) - Wine(ワイン)	- Butter and margarine(バター、マーガリン) - Cheese(チーズ) - Red meat(赤身肉) - Fried food(揚げ物) - Pastries and sweets(パストリー、お菓子)

(J. Prev. Alzheimer's Dis., 2019;6(4):267-273)

非薬物介入

FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability)

- スウェーデンのカロリンスカ研究所、フィンランドの国立健康福祉センター等により行われた。
- 2009年9月7日～2011年11月24日の期間、60-77才のフィンランド人1,260名対象とした、血圧管理、健康的な食事、筋トレ・有酸素運動、脳エクササイズなどの総合的な介入と対象介入との2群によるRCT。
- 参加者の認知機能を標準検査で調べた結果、介入群が対照群に比べて平均25%高く、サブ解析では、実行機能スコアは83%、処理速度スコアは150%、記憶スコアで有意差が認められた。
- ポストホック分析では、対照群は、介入群と比べて認知症になるリスクが1.3倍増加した。

[Lancet, 2015 Jun 6;385\(9984\):2255-63. doi: 10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5.](#)

“認知症は多因子が関与する疾患であり、総合的な介入でリスクを低減できる”、という仮説が確かめられた。これを受け、各地域で同様の介入研究が実行されている。



FINGER フィンランド

U.S. POINTER アメリカ

SINGER シンガポール

MYB TRIAL オーストラリア

MIND-Admini スウェーデン、フィンランド、フランス、ドイツ

AU-ARROW オーストラリア

MIND-CHINA 中国

GOIZ-ZAINDU スペイン、バスク州

J-MINT 日本

新しいアルツハイマー病の治療薬

研究所

プレスリリース

多因子介入プログラムが、認知機能低下を抑制する可能性を示す(J-MINT研究) 一報

認知障害を予防としたランダム比較試験の結果より

Kobe U

Home News Events Themes

2024.09.04

運動を主体とした多因子介入により認知機能が向上

一認知症の予防につながる介入方法が明らかに

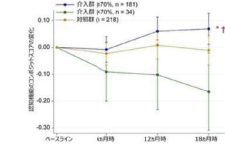


図1 運動教室への参加による多因子介入プログラムの効果

* $p<0.05$ (介入群70%以上 vs 対照群)

†: $p<0.05$ (介入群70%以上 vs 介入群70%未満)

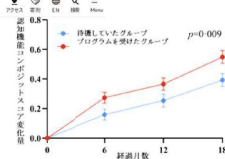
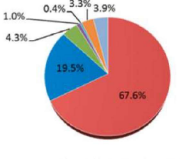


図2 運動プログラムによる認知機能の改善効果

※ $p=0.009$

※ $p<0.05$ (介入群70%以上 vs 対照群)

アルツハイマー病



疾患別内訳 (N=978)

AD 67.6%

VaD 19.5%

DLB/PDD 4.3%

FTLD 1.0%

Alcohol 0.4%

Mixed 3.3%

その他 3.9%

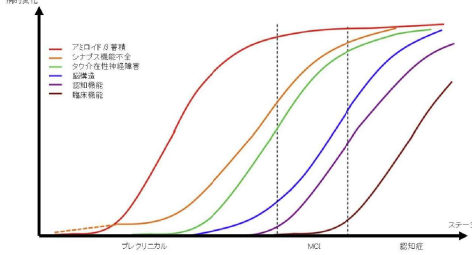
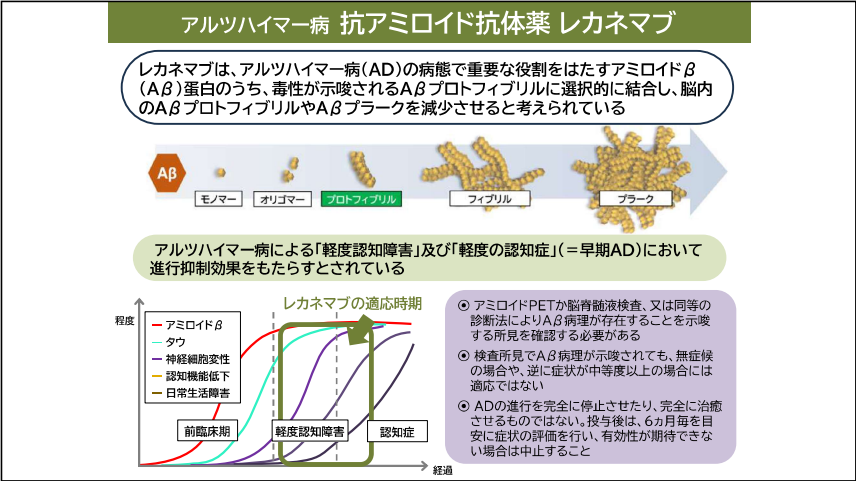
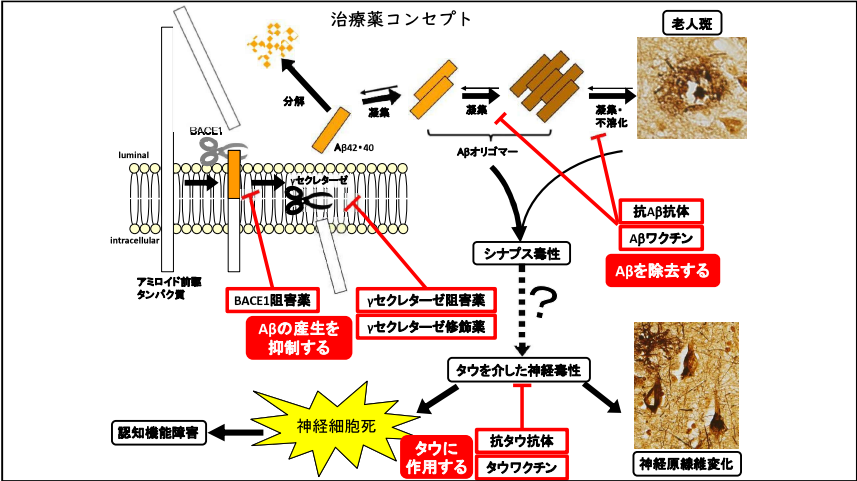


図3 アルツハイマー病の進行

※ $p<0.05$ (介入群70%以上 vs 対照群)



抗アミロイド抗体薬

2023年8月22日

公益社団法人認知症の人と家族の会

代表理事 鎌田 広代

活動

日本でのレカネマブ承認について (代表理事コメント)

エーザイとバイオジェンが共同開発された早期アルツハイマー病治療薬レカネマブが、8月21日の厚生労働省の専門部会会で承認され、承認が了承されたとの情報が報じました。「治りたい」「治したい」という認知症の人や家族の希望への道が大きく開かれたことを喜んでいます。

研究・開発等に関係するみなさまが、多くの壁にぶつかりながらも長年にわたり努力されたことに敬意を表します。

レカネマブは、アルツハイマー病の発症原因とされるアミロイドβタンパク質を標的にした治療という画期的な薬と聞いています。

しかし、新薬の治療対象者は、アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)および軽度の認知症に限られていると聞いています。また、この薬については、まだまだ適切な十分な情報がありません。そのため、詳細を知った結果、治療する認知症の人や家族がいます。新薬に賛同して、わかりやすい情報提供をお願いします。

また、治療対象者の認知症の人や家族は、「今の状態が進行しないような薬」「進行した病状でも治る薬」を希望しており、薬の開発がさらに進むことを待っています。

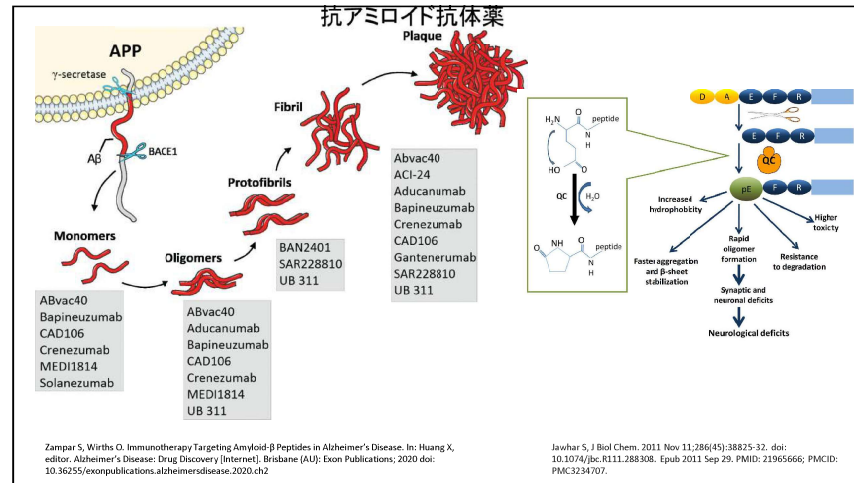
日本で新薬が実用化されるにあたっては、確かな診断・診療が受けられる医療機関の紹介や、経済的負担の軽減が必要です。治療対象となる方が増えるよう治療できる、早期発見・早期対応が可能となる体制づくりを期待します。

認知症とともに生きるためには、医療の発展とともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現が必要です。6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」はその社会を創る基本の法律と考えます。国民のみなさまが、認知症を自分事ととらえ、正しく理解し、一人ひとりが自分らしく生きられる地域づくりに、認知症の人や家族が参画する取り組みが進むことを望みます。

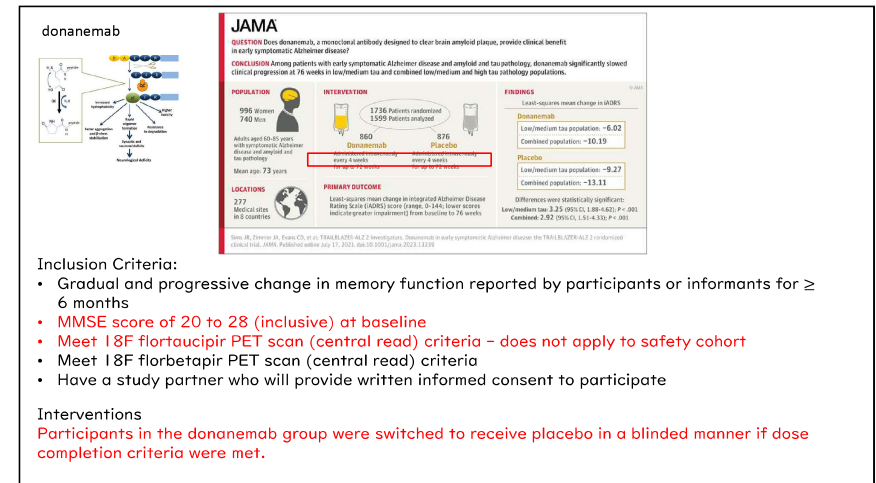
以上

レカネマブ投与における注意

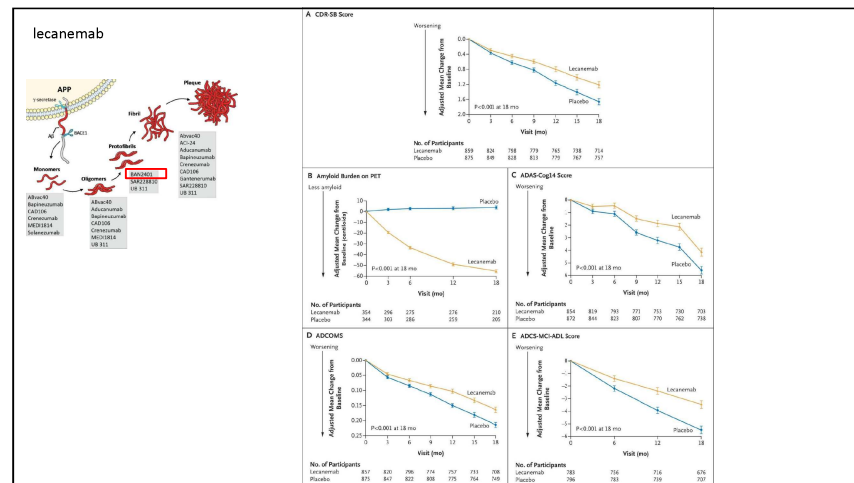
- ②週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与
- ③インフュージョンリアクション(輸注反応:頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等)がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮
- ④投与により、アミロイド関連画像異常(ARIA)があらわれることがある。ARIA-浮腫/滲出液貯留(ARIA-E)、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血(ARIA-H)がある。
 - ◆投与前のMRI確認が必要。5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が見られた場合は投与不可。
 - ◆抗血小板剤や抗凝固薬服用時、脳出血の副作用を増強させる可能性があり、注意が必要。(急性期脳梗塞対応に関しては、日本脳卒中学会の静注血栓溶解剤(rt-PA)療法適正治療指針を参照)
 - ◆ARIAは投与開始から14週間以内に多く、開始後初期は特に注意深い観察が必要。無症状のことも多いが、5、7、14回目の投与前にはMRI撮像が必要。また、それに伴って定期的または疑わしい症状があれば、MRI検査を実施する。画像異常の程度や症状の程度を評価し、一時投与休止や、中止を考慮。
 - ◆(APOE遺伝子型がε4の場合、その数に応じてリスクが上昇することが知られている)
- アミロイドPET、髄液検査、MRI等の必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において投与を行うこと
- ADに関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に理解があり、管理・説明できる医師の下で投与を行うこと



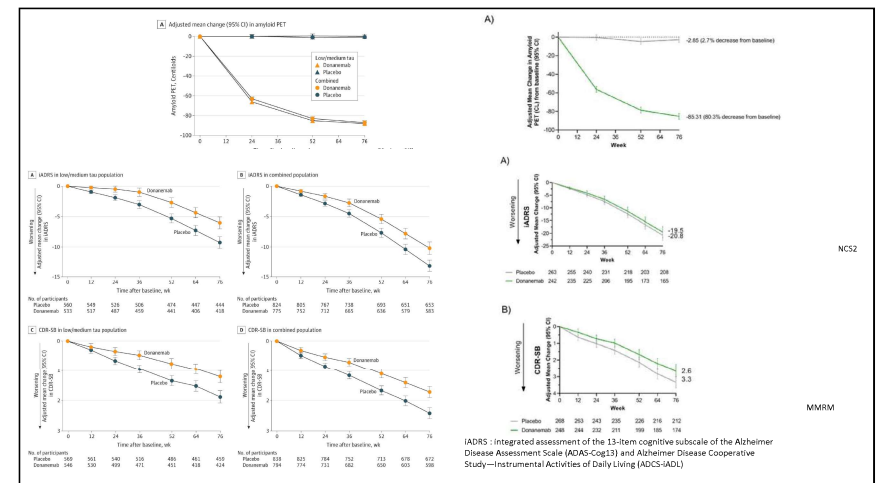
129



131



130



132

別冊

高齢者用検査ガイドライン
アルツハイマー病（認知症）編

令和6年12月
厚生労働省

(1) 投与対象となる患者
～④ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の（a）及び（b）の両方を満たすことが、投与開始前1か月以内の期間を目安に確認されていること。
（a）認知機能評価 MMSE スコア 20 点以上、28 点以下
（b）臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5 又は 1
⑤ ①～④を満たすことを確認した上で、アミロイド PET 又は脳脊髄液（CSF）検査を実施し、Aβ 病理を示唆する所見が確認されていること。なお、タウ蓄積に関しては、添付文書の効能又は効果に関連する注意において、本剤の投与に先立ち、Aβ 病理に関する検査結果、AD の病期、florataucipir（18F）を用いた PET 検査を実施した場合はその結果等を考慮した上で、本剤投与の可否を判断することと記載されているが、**現時点におけるタウ PET 検査の医療実態等を踏まえ、当面の間はタウ蓄積の検査を求めないこととする。**

(3) 投与期間中の対応
① 投与期間中の有効性及び安全性の評価、投与完了及び投与継続・中止の判断
投与開始後 12 か月を目安にアミロイド PET 検査を実施し、Aβ プラークの除去を評価し、本剤の投与完了の可否を検討すること。なお、Aβ プラークの除去の評価については、大脳灰白質にアミロイド PET 薬剤の特異的集積がなく、白質での集積が高い場合、Aβ プラークが除去されたと判断すること。読影の詳細は、アミロイド PET 薬剤等の製造販売業者が提供する資料等を参照すること（アミロイド PET 検査は、初回投与施設と連携がとれる施設で実施することが可能である）。
➤ **脳内の Aβ プラークの除去が確認された場合、本剤の投与を完了すること。**
➤ 脳内の Aβ プラークの除去が確認されなかった場合は、投与開始後 18 か月まで投与を継続することが可能であること。

Rehabilitation （WHO）

Rehabilitation addresses the impact of a health condition on a person’s everyday life by optimizing their functioning and reducing their experience of disability. Rehabilitation expands the focus of health beyond preventative and curative care to ensure people with a health condition can remain as independent as possible and participate in education, work and meaningful life roles. Anyone may need rehabilitation at some point in their lives, whether they have experienced an injury, disease, illness, or because their functioning has declined with age.

（演者意識）

- リハビリテーションは、その人が持つ機能を最適化し、その人の不自由がもたらすものを減らすことによって、その人の毎日の生活における、健康状態への影響へ対応する。
- リハビリテーションは、健康問題を抱える人々が、可能な限り自立し、教育、仕事、有意義な人生の役割などに参加できるように、予防や治療を超えて、健康上見るべきフォーカスを広げます。
- 誰もが、怪我、不健康、病気であれ、あるいは加齢による機能低下であれ、人生のある時点でリハビリテーションを必要とすることがあるかもしれません。

リハビリテーション

134

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

（研究等の推進等）
第二十条 国及び地方公共団体は、認知症の本態解明、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法その他の事項についての基礎研究及び臨床研究の推進並びにその成果の普及のために必要な施策を講ずるものとする。

認知症施策推進大綱

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生活を継続できるようすることが重要である。このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

適切な認知症リハビリテーションの推進）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）の日常生活を自立し継続できるよう推進する。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開発が必須であり、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションの推進を図る。

Bennett S, et al. BMJ Open 2019;9:e026308. doi:10.1136/bmjopen-2018-026308 (systematic review and meta-analysis)		
Maud J L Graff,	BMJ2006	Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial
Laura N Gitlin	Am J Geriatr Psychiatry . 2008	Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study
Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, et al. A	Gerontologist 2001	A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia.
Gitlin LN	Gerontologist 2003	Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia reach initiative.
Gitlin LN	JAMA 2010	A Biobehavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers:
Gitlin LN,	J Am Geriatr Soc 2010	Targeting and Managing Behavioral Symptoms in Individuals with Dementia: A Randomized Trial of a Nonpharmacological Intervention
Dooley NR	Am J Occup Ther 2004	Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention
Voigt-Radloff S	BMJ Open 2011	A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation
Germer A	Dresden University of Technology, 2013	Effectiveness of an individualized home occupational therapy for persons with dementia - A randomised controlled trial [PhD thesis.
Lam LCW	Int J Geriatr Psychiatry 2010	A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong.
Clare L,	Am J Geriatr Psychiatry 2010	Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy
Callahan CM	Ann Intern Med 2017	Targeting Functional Decline in Alzheimer Disease: A Randomized Trial
Gitlin LN,	J Am Geriatr Soc . 2018	Targeting Behavioral Symptoms and Functional Decline in Dementia: A Randomized Clinical Trial
Novelli MMP,	Alzheimer Dis Assoc Disord . 2018	Effects of the tailored activity program in Brazil (TAP-BR) for persons with dementia.

137

Graff et al. 2006

場所

地域在住、メモリークリニックとデイクリニックより

対象

軽度～中程度の認知症

人数

135

方法

OTによる介入 60分、10回、5週間

コントロール

介入なし(12週後よりOT介入をうける)、単盲検

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Interview for Deteriorations in Daily living activities in Dementia (DDDD)

Sense of Competence Scores Questionnaire (SCQ)

The figure contains three line graphs. The first graph, 'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)', shows scores from -0.5 to 1.5 over 12 weeks. The second graph, 'Interview for Deteriorations in Daily living activities in Dementia (DDDD)', shows scores from 10 to 30 over 12 weeks. The third graph, 'Sense of Competence Scores Questionnaire (SCQ)', shows scores from 80 to 110 over 12 weeks. In all three graphs, the Intervention group (red line with circles) shows higher scores than the Control group (blue line with circles) at 6 and 12 weeks.

139

Bennett S, et al. BMJ Open 2019;9:e026308. doi:10.1136/bmjopen-2018-026308 (systematic review and meta-analysis)

ADL (BADLとIADL)

BPSD

QOL

介護者負担

介護者QOL

The figure shows five forest plots for the Bennett et al. 2019 meta-analysis. Each plot compares Occupational Therapy (OT) with Control across various studies. The plots show mean differences with 95% confidence intervals. For ADL, BPSD, and QOL, the OT group generally shows positive mean differences. For caregiver burden and caregiver QOL, the OT group shows negative mean differences, indicating reduced burden and improved QOL.

本人と介護者双方へアプローチ
目的の活動を定め、評価
実際の支援、訓練、環境調整

1～12回の介入(中央値8回)
1.5時間

138

Gitlin et al. BMC Geriatrics (2021)							
場所	地域在住、呼びかけやオンラインの研究マッチングなどで募集						
対象	認知症						
組み入れ条件	BPSD/焦燥、攻撃性(NPI-Cに予知評価)						
人数	250						
方法	Tailored Activity Program (TAP) (individualized activity approaches)、OTによる訪問、1～1. 5時間、3か月で8回まで ・アセスメント(能力、機能、希望する活動) ・オーダーメイドで3つの活動を決定 ・介護者教育・環境調整・介護者の実践						
コントロール	Attention Control (介護者教育、安全性評価と助言)、単盲検、ランダム割り付け						
Variable	Baseline, mean (SD)		3-month follow-up, mean (SD)		Adjusted Mean Difference Between Groups (95% CI)	p-value	d
	Control Group	Intervention Group	Control Group	Intervention Group			
People Living with Dementia Outcomes							
Agitation/aggression frequency X seventy	46.07 (40.27)	45.77 (40.36)	41.04 (40.92)	43.12 (43.32)	3.14 (-4.71, 10.99)	0.43	0.11
IADL dependence	6.96 (1.46)	6.81 (1.56)	7.50 (0.92)	7.16 (1.40)	-0.33 (-0.62, -0.05)	0.02	-0.33
ADL dependence	3.67 (2.75)	3.58 (2.67)	4.49 (2.65)	3.88 (2.74)	-0.59 (-1.15, -0.03)	0.04	-0.30
Caregiver Outcomes							
Confidence using activities	32.80 (11.96)	31.81 (11.85)	34.13 (11.30)	37.18 (12.35)	3.46 (0.42, 6.50)	0.03	0.32
Perceived wellbeing	34.27 (6.71)	35.27 (7.05)	36.26 (6.38)	41.73 (9.37)	3.50 (0.94, 6.06)	0.01	0.39

140

69

70

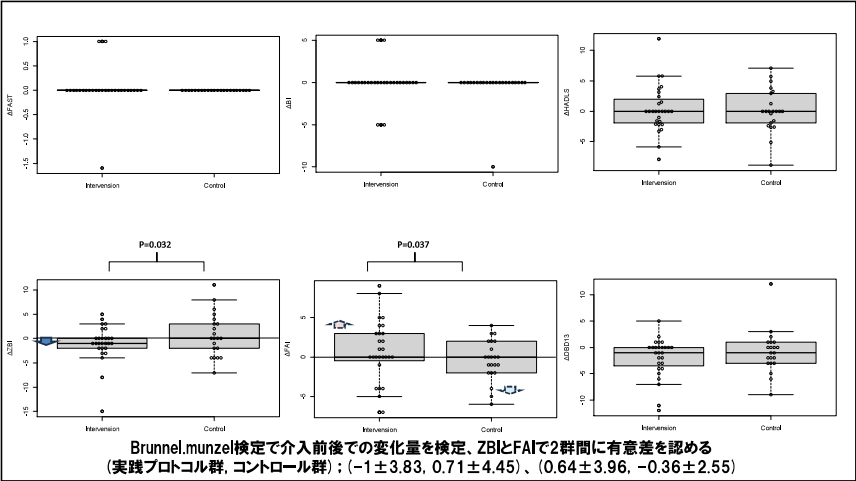
認知症のリハビリテーションの実際

平成28年度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」

令和4年度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施プロトコルの開発研究事業

我々は、これまでの研究により、効果的な認知症のリハビリテーション手法をまとめた
その有効性については多数例での検討が必要であ。



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(認知症訪問リハリ効果検証)
Verification study of the practical protocol of home-visit rehabilitation for person with dementia (VST-HRPD)

調査研究 実施体制

2023/09/11東京大学医学部倫理委員会にて承認

大阪大学医学部附属病院 池田 学
熊本大学 遊亀 誠二
医療法人湖山荘あすま通リクリニック 小林 直人
石川県立こころの病院 北村 立
国家公務員共済組合連合会三宿病院 岩本 康之助
医療法人敬賢温泉病院 玉井 蘭
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 下村 辰雄
岡崎市民病院認知症疾患医療センター 樹田 道人
医療法人鴻池会秋津湖池病院 岸本 年史
山口県立こころの医療センター 兼行 浩史
桜新町アーバンクリニック 遠矢 純一郎
砂川市立病院認知症疾患医療センター内海 久美子
社会医療法人あさかホスピタル喜田 恒
社会医療法人清和会西川病院 林 輝男
(2023/10/13時点:追加予定)

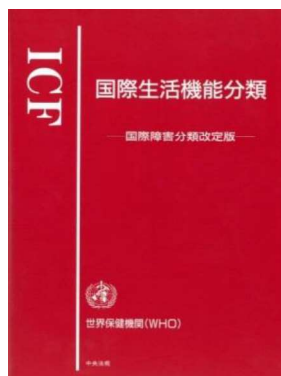
東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室 新美 芳樹
日本作業療法士協会

ご清聴ありがとうございました

ICFに基づく認知症の 生活障害・能力のアセスメント

(一社)日本作業療法士協会 常務理事
石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター 副所長

村井 千賀



※国際生活機能分類:ICF

International Classification of Functioning, disability and health

ICFの歴史

1. 国際障害分類初版 (ICIDH) の制定経過とモデル

○20世紀後半、先進国での寿命の延長、慢性疾患や障害を伴う疾患の増加、戦争や災害による障害者の増加という現実、障害者の人権尊重という機運から、障害、すなわち「疾患が生活・人生に及ぼす影響」をみる必要があるという意識が高まった。

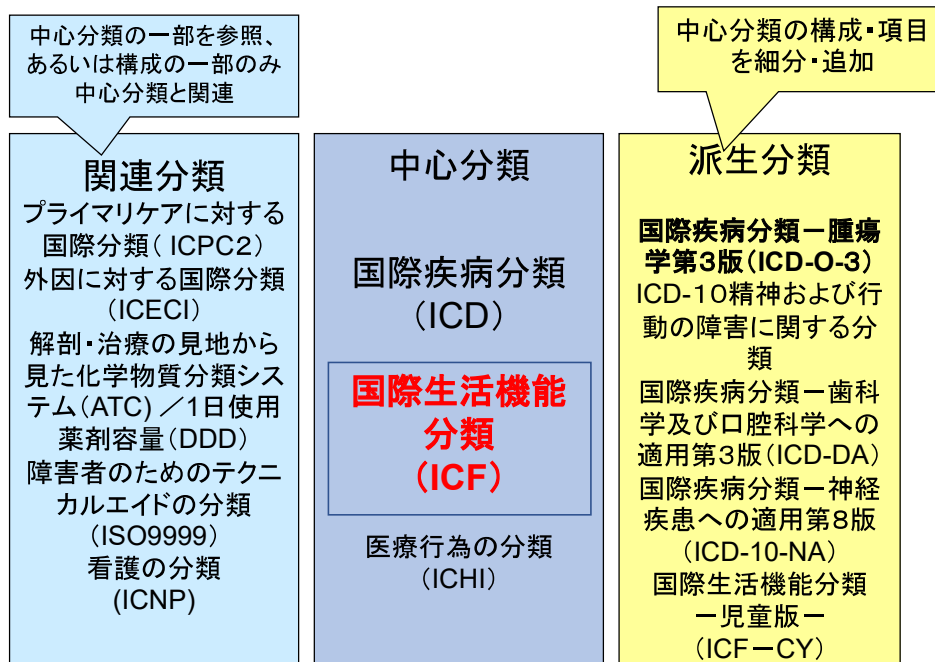
○国際障害分類の制定作業は1972年にはじまり、種々の議論を経て、1980年にICD（国際疾病分類）の補助分類として、国際障害分類（ICIDH）が作られた。初めて障害が「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の3つのレベルに分けられた。また、1981年の国連障害者年（前年）あたり、この新しい障害概念は「国際障害者年世界行動計画」の基本理念にも取り入れられ、一挙に世界中に知られるようになり、各方面に大きな影響を与えた。

2. ICIDHの改定版としての国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

○しかし、ICIDHは、医療者が集まって作ったため、障害をマイナス面から捉えていた。それに対して障害の当事者などから、障害者もそれぞれ個性を持っており、プラスの面があるという主張が出された。

○それらの意見を受けて、分類の専門家だけでなく、世界各国の障害当事者や福祉専門家なども参加して、1992年から毎年国際会議が開催され、2001年5月22日第54回世界保健会議（WHO総会）によって承認（決議WHA 54.21）された。

WHO-FIC（WHO国際分類ファミリー）



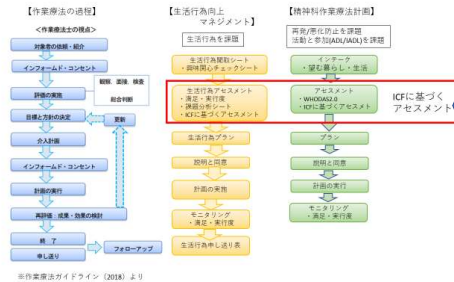
ICFの臨床ツールとしての活用：ニーズの評価、リハビリテーションなど



応用的動作・社会適応能力をICFの生活機能モデルで アセスメント（評価・見立て）

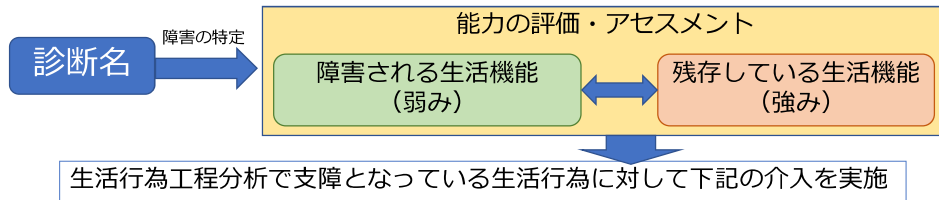
- 生活機能を重視しつつ、環境因子からの影響を考慮し、「生きる」全体のプラス面とマイナス面の双方の相互作用から、解決すべき課題（ニーズ）をアセスメントすることができる。

作業療法と生活行為向上マネジメント、精神科作業療法計画



※（一社）日本作業療法士協会では、作業療法の過程で、対象者の応用的動作能力及び社会適応能力の見立てに生活機能モデルのアセスメントを活用している。

認知症者の生活行為の自立に向けた介入の提案



治療戦略（例）

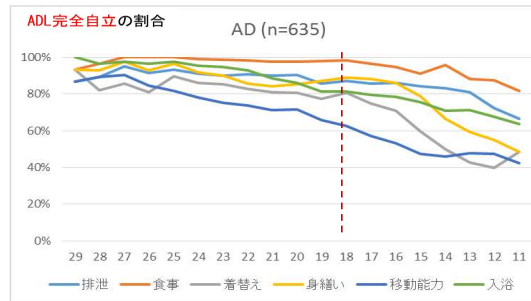
①環境調整	②生活行為に対する反復練習	③介護指導
文字や絵で場所を示す。 自動水洗や自動点灯の導入	トイレ行為	生活行為でできること（本人の能力）の説明と理解に向けての家族等指導
見た目で見えるところに歯ブラシを設置 着る服を見ただけで選択できるよう吊しておく 工程を掲示。リンスインシャンプー一つで洗髪・洗体する。	整容・更衣行為 入浴行為	本人が見たらわかるよう環境を整えることと工程をシンプル化する工程をシンプル化し、段取りを掲示する。
メニューと段取りの工程を掲示。台所の整理整頓（道具を少なくし、見てわかるようにする）	調理行為	訪問介護による見守り援助などを導入し、できる工程は取り組むよう促す
モップや箒に変更する	掃除行為	100%ではなく、できるところの継続を促す
デジタル時計とお知らせタイマーの導入	日課の遂行。実施したらカレンダーなどに印	実施したかどうかを確認し、促す。

訪問による認知症のリハビリテーションの実践プロトコルの開発 認知症の人に対するリハビリテーションの実践報告様式

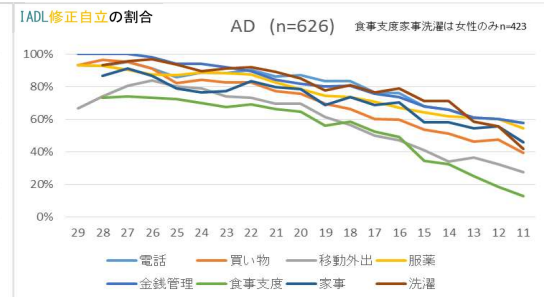
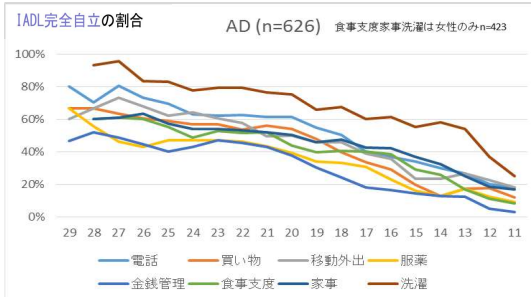
生活行為の課題				
アセスメント	障害 されている 領域	心身機能	活動と参加	環境因子
		対象者の応用的動作能力及び社会適応能力の 見立て		
アセスメント要約				
支援計画		①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)
介入方針 (介入領域、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

アルツハイマー型認知症における認知機能とADL, IADLの関連

ADLのいくつかの行為は、18点前後から一気に自立が困難になる。
IADLは、ごく軽症の段階からなだらかに低下する。

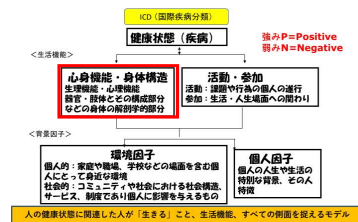


厚生労働科学研究
生活行為障害の分析に基づく
認知症リハビリテーションの標準化に関する研究
平成27年度（2016）研究成果の中間報告
研究代表者 池田 学



心身機能と身体構造（第1レベル）

身体系の生理的機能（心理的機能を含む）
肢体とその構成部分などの身体の解剖学的な部分



精神機能（第3レベル）

b110 意識機能

周囲への意識性、明瞭性の状態に関する全般的な精神機能であり、覚醒状態の清明度と連続性を含む

b1100 意識状態	意識の混濁、ステューパ、トランスなど
b1101 意識の連続性	覚醒度、明瞭性、意識性を持続的に認める機能
b1102 意識の質	覚醒度、明瞭性、周囲への認識性の質が変容

各種意識機能の評価が活用可能

b114 見当識機能

自己、他者、時間、周囲環境との関係を知り確かめる全般的な精神機能

b1140 時間	年月日と曜日を認識する機能。
b1141 場所	身近な周囲の状況、町、国などの自分のいる場所を認識する精神機能。
b1142 人	自己の同一性と身近にいる他者を意識する機能

MMSEで評価可能

ICF：精神機能(b110～b199)

（第2レベル）

全般的な精神機能 (b110-b139)	b110. 意識機能	
	b114. 見当識機能	
	b117. 知的機能	
	b122. 全般的な心理社会的機能	
	b126. 気質と人格の機能	
	b130. 活力と欲動の機能	
個別的精神機能 (b140-b189)	b134. 睡眠機能	
	b140. 注意機能	b144. 記憶機能
	b147. 精神運動機能	b152. 情動機能
	b156. 知覚機能	b160. 思考機能
	b164. 高次認知機能	b167. 言語に関する精神機能
	b172. 計算機能	b176. 複雑な運動を順序立てて行う機能
	b180. 自己と時間の経験の機能	

精神機能（第3レベル）

b117 知的機能

様々な精神機能を理解し、組み立てて統合するために必要な機能。すべての認知機能と、その生涯にわたる発達を含む。

含まれるもの：知的発達遅滞、知的障害

- ・各種知的機能の評価が活用可能
- ・また、高校卒などの学歴や職業を聞くことでも推測できる。

b126 気質と人格の機能

種々の状況に対して、その人特有の手法で反応するような、個々人の持つ生来の気質に関する全般的な精神機能。他者と区別するような一連の精神的な特徴を含む。

b1260 外向性	積極性、社交性などの個人的素質	b1264 経験への開放性	好奇心の強さ、想像力の豊かさなど
b1261 協調性	協調性、柔軟さなど個別的素質	b1265 楽観主義	上機嫌、快活、希望など
b1262 誠実性	勤勉さ、手堅さ、慎重さなど	b1266 確信	自信、大胆、自己肯定など
b1263 精神的安定性	温厚、穏やか、落ち着いたもののなさなど	b1267 信頼性	あてにできる、節操のあるなど

精神機能（第3レベル）

b130 活力と欲動機能

個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的及び心理的機序

b1300 活力レベル	活力と精力を生み出す機能
b1301 動機付け	行為の誘発すなわち意識的又は無意識的な行為への推進力を生む機能
b1302 食欲	自然の切望、欲望、特に飲食物への自然かつ反復的な欲望を有無機能
b1303 渴望	物質への使用へ駆り立てる機能
b1304 衝動の制御	突如何かしたいという衝動を制御し、それに抵抗する機能

b134 睡眠機能

精神と身体を身近な環境から、周期的、可逆的かつ選択的に開放する機能

b1340 睡眠の量	日内及びサーカディアンリズムの中で、睡眠状態にあった時間の長さ
b1341 入眠	覚醒から睡眠への移行
b1342 睡眠の維持	睡眠状態の維持
b1343 睡眠の質	精神と身体にとって最適な休息と弛緩をもたらす機能
b1342 睡眠周期	レムとノンレム睡眠(心理的活動が活動した時間帯とみなす)を生じる機能

精神機能（第3レベル）

b152 情動機能

こころの過程における感情的要素に関連する個別精神機能

b1520 情動の適切性	状況に見合った感情を生む機能。良い知らせを聞いたときの幸福感など
b1521 情動の制御	感情の経験と表出を制御する機能。
b1522 情動の範囲	愛情、憎しみ、不安、悲しみ、喜び、恐れ、怒りなどといった感情を喚起される経験の幅に関する機能。

b167 言語に関する機能

サインやシンボル、その他の言語要素を認識し、使用する個別精神機能

b1670 言語受容	話し言葉、書き言葉、及び手話など他の形式のメッセージを解釈し、その意味を理解するための個別精神機能
b1671 言語表出	話し言葉、書き言葉、手話、またはその他の形式で、意味のあるメッセージを作るために必要な個別精神機能

MMSE の書字や自発書字、復唱で評価可能

精神機能（第3レベル）

b140 注意機能

所定の時間、外的刺激や内的経験に集中する個別精神機能

b1400 注意の維持	所定の時間、集中する機能。
b1401 注意の移動	1つの刺激から他の刺激へと注意を移す機能。
b1402 注意の配分	同時に、2つ以上の刺激に注意を向ける機能。 ・ダブルタスク
b1403 注意の共有	2人以上の人が同じ刺激に注意を向ける機能。

MMSE serial 7やTMTで評価可能

b144 記憶機能

情報を登録し、貯蔵し、必要に応じて再生することに関する機能

b1440 短期機能	30秒間程度の一過性の、失われやすい記憶に関する精神機能
b1441 長期記憶	短期記憶からの情報を長時間蓄えることを可能にする記憶システムに関する精神機能。 ・意味記憶 ・エピソード記憶 ・手続き記憶
b1442 記憶の再生	長期記憶に蓄えられた情報を想起、意識化する個別精神機能

MMSE の3単語遅延再生で評価可能

精神機能（第3レベル）

b156 知覚機能

感覚刺激を認知し、解釈する個別精神機能

b1560 聴知覚	音、音色などその他の聴覚刺激の識別
b1561 視知覚	形態、大きさ、色調などその他の視覚刺激の識別
b1562 嗅知覚	においの違いなどその他の視覚刺激の識別
b1563 味知覚	舌で検出される味の違いの識別
b1564 触知覚	触れて検出される質感の違いの識別
b1565 視空間知覚	周辺環境内において、あるいは自分との位置関係について、資格によるものの相対的位置の識別

b176 複雑な運動を順序立てて行う機能

複雑で目的をもった運動を順序づけ、協調させて行う機能

含まれるもの：観念失行、観念運動失行、着衣失行、眼球運動失行、発語執行など

精神機能（第3レベル）

b167 高次認知機能

前頭葉に特に依存する個別的な精神機能であり、意思決定、抽象的思考、計画の立案と実行、精神的柔軟性、ある環境下でどのような行動が適切かを決定することなど、といった複雑な目標指向性行動を含む。（実行機能ともよばれる）

・ワーキングメモリ（作業記憶）⇒短期記憶、注意機能と密接な関係があり、一般的には短期記憶に位置付けられていることが多い。しかし、ワーキングメモリには短期記憶だけではなく、組織化や判断、決定などの要素も連動の中で発生する認知機能とされているから、ここに位置付けた。

b1670 抽象化	一般的観念や質および特徴を創造する機能
b1671 組織化と計画	部分を全体に構築し体系化する機能。実施や行動の方法を発展させることに関わる機能
b1672 時間管理	時間軸に沿って物事を順序づけ、出来事と活動に時間を割り当てる機能
b1673 認知の柔軟性	戦略を変更し、心構えを変更する機能。特に問題解決に関わるもの
b1674 洞察	自己と自分の行動を認識し、理解する機能
b1675 判断	さまざまな選択肢を判別し、評価する機能。自分の意見をもつこと
b1676 問題解決	一致しない、または対立する情報を、同定、分析、統合し、解決にもちこむ機能

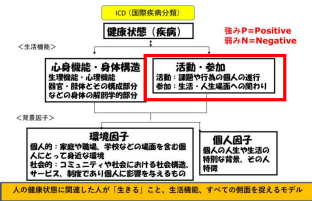
※FAB(前頭葉機能検査)、TMTのPart B、BADSの動物園地図検査などで評価可能

活動と参加（第1レベル）

活動：課題や行為の個人による遂行
参加：生活・人生場面への関わり

- 学習と知識の応用（d110～d199）：注意して見る、聞く、学習、注意の集中、意志決定等
- 一般的な課題と要求（d210～d299）：日課の遂行、単一・複数課題の遂行等
- コミュニケーション（d310～d399）：コミュニケーションの理解、表出、用具利用等
- 運動と移動（d410～d499）：姿勢の変換と保持、物の運搬・操作、歩行・移動、交通手段の利用等
- セルフケア（d510～d599）：食事、洗体、排泄、健康に注意すること等
- 家庭生活（d610～d699）：必要物品の入手、家事、家庭用品の管理及び他者への援助等
- 対人関係（d710～d799）：
 - 主要な生活領域（d810～d899）：教育、職業訓練、仕事と雇用、経済生活等
 - コミュニティライフ・社会生活・市民生活(d910～d999）：レジャー、ボランティア等

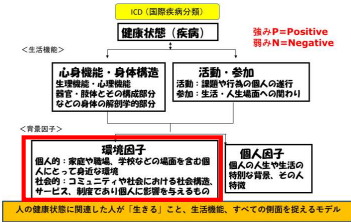
肯定的側面：活動と参加の状況
否定的側面：活動制限と参加制約
評価点：能力と実行状況の困難さを%で示す



観察のポイント
肯定的側面：できることまたはしていること
否定的側面：できないことまたはしていないこと

環境因子（第1レベル）

人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のこと



- 生産品と用具(e110～e199)：個人消費のための食品、家具、電気製品、道具等、住宅や公共建物自動車や道路、福祉用具、住宅改修、個人が所有する貴重品、携帯電話等
- 自然環境と人間がもたらした環境の変化(e210～e299)：気候、自然災害、光等
- 支援と関係(e310～e399)：家族、親族、友人、対人サービス提供者、専門職等
- 態度（e410～e499）：家族の態度など前述の支援と関係者の態度
- サービス・制度・政策（e510～e599）：医療・介護保険・福祉サービス等

促進因子（Positive）：
因子が良好だと生活の支障が軽減される
阻害因子（Negative）：
因子が不良だと生活の支障が増大される
評価点：促進因子と阻害因子の程度を%で示す。

観察のポイント
肯定的側面：よいところ
否定的側面：阻害するところ

認知症の程度と障害されるICF①

	軽度	中等度	高度
アルツハイマー型認知症	b110 見当識機能 ・日時がわからない b144 記憶機能 ・物の置き場所を忘れて探す、予定を忘れる。 b140 注意機能 ・ダブルタスクの低下 b164 高次認知機能 ・予定管理、金銭管理、服薬管理がきちんとできない、普段作らない手の込んだ料理や時間がかかるなど	b130 活力と欲動機能 ・意欲の低下から自発性が低下する b110 見当識機能 ・トイレ場所がわからないなどの見当識障害 b144 記憶機能 ・物を置き場所を忘れる、忘れたこと自体を忘れる、何度予定や約束を教えても既知感がない。出来事自体を忘れる。 b164 高次認知機能 ・家事の手順がわからない、自分で考え適切な行動ができない、電気製品のon-offしかできない、自動車運転があやふや。	b130 活力と欲動機能 ・自発的行動や活動が極度に低下 b110 見当識機能 ・人物に対する見当識障害 b144 記憶機能 ・意味記憶の低下 b167 言語に関する精神機能 ・換語困難、錯誤、語義理解障害、一語文表出など b176 複雑な運動を順序立てて行う精神機能 ・衣服の着脱や入浴時の洗髪・洗体、排泄後の後始末ができなくなるなど

認知症の程度と障害されるICF②

疾患名	障害されるICF
レビー 小体型 認知症	b110 意識機能 ・意識の覚醒度の変動、意識が低下した時は反応が低下する、不注意によるミスの頻発など認知機能が低下する。一方、覚醒が高い時は記憶も理解も良好になるといふ特徴がある。 b134 睡眠機能 ・レム睡眠時に夢かうつつかわからず大声を出す（寝言）や行動化するなどがみられる。 b140 注意機能 ・トイレと洗面所を間違えて用を足す、パンツを頭からかぶろうとするなど b164 高次認知機能 ・ワーキングメモリーや問題解決、洞察、判断などが苦手 b164 知覚機能 ・明確な幻視、嗅、味、聴、触すべての感覚の識別に障害が生じることがあり、重度では目の前のものを見つげられないなど b735 筋緊張の機能、b765 不随意運動の機能、b770 歩行パターン機能 ・筋強剛や振戦、小刻み歩行など b420 血圧の機能、b525 排便機能、b550 体温調節機能、b620 排尿機能 ・血圧の変動、排便障害、環境の温度に合わせ体温を保つ機能、排尿障害などの自律神経障害

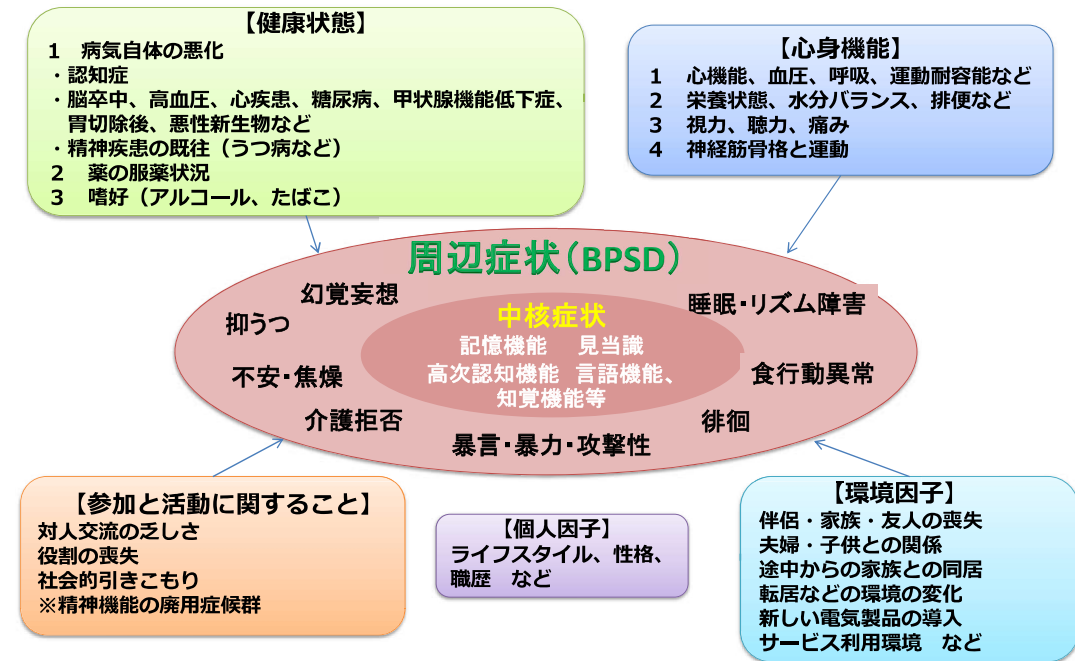
※池田 学編：講座精神疾患の臨床5「神経認知障害群」より

認知症の程度と障害されるICF③

疾患名	障害されるICF
前頭 側頭型 認知症	b122 全般的な心理社会的機能：意義と目的の両面で社会的相互作用を確立する上で必要とされる対人的技能の形成につながる機能 ・性的な逸脱行動や公共の場での不適切発言、万引きなどの行動など b130 活力と欲動機能 ・活力の低下（抑うつ状態）もしくは亢進、思いこんだら止まらない、衝動的、食の偏りなど b140 注意機能 ・共有が困難、転導性が高い。 b144 記憶機能 ・物品を見たり、触ったりしても何かわからないなど対象物そのものの意味記憶の喪失 b152 情動機能 ・多幸感、状況に見合った感情や感情の表出が苦手になる。 b164 高次認知機能 ・認知の柔軟性が低下（こだわり）、洞察（病識の欠如）、判断や問題解決が困難、時間の管理のパターン化（時間割的生活）など b167 言語機能 ・語義失語（具体語の意味記憶障害）、錯読・錯書など

※池田 学編：講座精神疾患の臨床5「神経認知障害群」より

認知機能の低下した高齢者の 精神行動障害(BPSD)の要因をアセスメント



BPSDの悪化の要因

～生活全体の機能を把握することが必要～

BPSDの悪化要因に関する先行研究

- ・薬剤によるもの : 37.7%
- ・身体合併症によるもの : 23.0%
- ・家族・環境によるもの : 10.7%

出所) 財団法人ほけ予防協会：認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の方針策定調査報告書。平成19年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金交付事業、2008。

- 健康状態、心身機能、活動と参加、環境因子といったICFの視点にもとづく全体像の把握が重要。
- 対象者（住民）がなぜそういった行動に至っていて、どのようにすれば予防できるかを考えるため。
- 人によっては、薬をやめたり、栄養を改善したりするだけで認知症症状が消失する人もいます。

【健康状態 その①】

<薬の服薬状況>

服薬内容の把握

- ☐ 降圧剤
- ☐ 糖尿病薬
- ☐ 抗利尿作用のある薬
- ☐ 睡眠薬
- ☐ 抗精神病薬
- ☐ 向精神病薬
- ☐ 抗不安薬
- ☐ 抗認知症薬

服薬状況の把握

- ☐ 飲み忘れ
- ☐ 選択飲み
- ☐ 拒薬

【健康状態 その②】

I 消化器系等機能 1 代謝機能



- ☐ 食事の量の確認
(☐ 体重の減少)
- ※活動カロリーの目安
寝たきり 1300カロリー
ADL自立者 1500カロリー
・一人暮らし高齢者の40%が
低栄養
- ☐ むせの有無
- ☐ 入れ歯の適合の有無

2 水分・電解質バランスの 機能



- ☐ 水分の摂取頻度
- ☐ 一回当たりの水分摂取量
- ※食事以外に必要な摂取量 1300ml以上
- ☐ 下痢嘔吐の有無
- ☐ 発熱の有無
- ※脱水になるとせん妄・幻覚・傾眠・
とりとめのない発言

【健康状態 その③】

3 排便機能



- ☐ 1週間の排便回数
- ☐ 便失禁の有無
- ※不穏・いらいらの原因になりやすい。
また、失禁は介護負担の大きな要因

4 排尿機能



- ☐ 1日の排尿回数
- ☐ 尿失禁の有無
- ※日中の排尿頻度が少ないと夜間の排尿
頻度の増加につながる。定期的排尿
誘導もしくは習慣づけが大切。

5 睡眠機能



- ☐ 睡眠時間とリズム
- ※眠れていないと話す人の中による7時に寝て
夜間起きるため、眠れないと思う人が多い。
- ☐ 入眠困難の頻度
- ☐ 途中覚醒の有無
- ※どこで目が覚めるかによって、眠剤の種類が
異なる。

廃用症候群とは「安静の害」

廃用症候群とは、長期臥床等で活動しないことによる合併症

- ①筋力: 1日2%の筋力低下、月50%の低下
- ②関節: 一週間で拘縮し、一ヶ月では完全に固まる
- ③骨 : 4～5日の安静で骨萎縮
- ④心臓: 脳血流量の低下、むくみ、心疾患の悪化
- ⑤呼吸: 肺炎を起こしやすくなる
- ⑥腎・尿路: 安静は尿路感染、結石、失禁、頻尿。
- ⑦消化器: 消化不良、便秘
- ⑧精神機能: 興味・自発性の低下、依存性、
食欲低下、うつ傾向、認知機能低下、
幻覚、妄想など
- ⑨自律神経: 低血圧、起立性低血圧など

図3 ICF精神機能別生活障害に対する作業療法士による指導【例】

中核症状	代償	練習	例示
記憶機能障害	・ノートでメモするなど書字で代償 ・大切な物入れを赤など目立つ色とするなど視覚の代償 ・手続き記憶は最後まで残存するため、本人の生活歴、興味・関心リストから、好きでよくしていた作業を把握する	・記憶障害のあることを理解し、左記の習慣づけを早期から実践する。 ・本人の好きでできる作業は早期から取組み、進行しても継続できるよう、生活習慣の中に組み込む。	・料理のメニューを書き出す。台所に白板を用意し、料理のメニューと食材を書き出す ・針仕事が好き方には、縫い物を早期の段階から認知障害防止として提案し、実践するよう勧める。重度になっても針を持つことで安心するようになる。
見当識	・時間は、目覚まし時計など聴覚で代償 ・場所は目印とエピソード記憶で代償	・カレンダー、時計などで確認する習慣づけをする	・散歩などはコース設定を早期から行い、家族が確認しておく。場合によっては地域の支援組織に理解を求める
注意機能障害	・大切な物入れを赤など目立つ色とするなど視覚の代償 ・好きな作業をすると注意の維持が改善する	・生活のなかで本人の好きな作業を把握、継続を進める	・食材が大きめに切られることがあるが、障害を家族が理解する ・好きな作業は比較的長時間実施できるよう支援する
精神運動統制障害	・できる生活行為を継続することが重要。しなくなることで徐々に下手になり、できなくなる	・生活行為を繰り返し実践	・家族・支援者が本人の障害を理解し、多少完成度が低くても継続を支援する
複雑な運動障害	・失行症状により、行為自体がうまくできない。できる1つの行為を継続し、行うことが大切 ・道具はシンプルなものとする。使い方を書き貼るなど視覚で代償。 ・行為もできる限り、シンプルとする	・使い方の練習をする ・メモを読みながら使用できるよう練習する	・エアコンのボタンに暖房のところに寒いという字やマークを張る ・トイレに「パンツをおろし、座る」と書いて貼る、ペーパーはあらかじめ20cmほどペーパーを下げる。また、切ったペーパーを足元に置く。
情動機能障害	・自己効力感を高める作業を選択、実践を促す ・怒った顔や言い方をしない	・周囲が本人に情動機能障害があることを理解し、接し方を工夫する	・話しかけるときは、にこやかに明るく静かに話しかける。 ・本人にとって仕事の意味に近い書字を導入し、自己有効感を高める

認知障害作業療法ケースブック 疾患別にみる認知症と作業療法 AD、DLB、TFDを中心に 13

徘徊とされたAさんのケース

家から散歩に出て帰ってこれない。家族から徘徊ありとされた。

その人の望む生活・人生:友人との交流を維持し、家で暮らしたい。本当は娘と暮らしたい。

脳梗塞の既往(麻痺はなし)、血管性認知症

心身機能・身体構造

・見当識、記憶、注意、判断力の低下により、新たな事や困った時に適切に対応ができず。
・依存的であり、意欲の低下がある。くよくよし易い。
・水分摂取量の低下。
・視力、聴力等は良好

環境因子

肯定的:夫と二人暮らし、近所に娘が住んでいる。娘は施設の職員。近所にはデイサービスに通う友人がいる。
否定的:夫が過干渉。危ないと言って行動を制限する傾向あり。

このケースの場合は、見当識をはじめ認知機能の低下から、いつもの散歩コースが道路工事で通れず、道を変更した結果、帰れなくなった。また、水分摂取の低下もあり、認知機能の低下があった可能性がある。日中の何もしていない生活や夫の対応に課題が大きい。

活動・参加

肯定的:更衣、排泄、食事、移動、起居などのADLは自立。近所程度の散歩をする耐久性はある。他者との交流は好む
否定的:家事をはじめ、家では本人の役割はなく、することがない。新しい場所への参加は拒否的。生活が居室のみ。服薬管理が一人でできない。

個人因子

主な職歴は家業の農業。若いときには燃糸工場で働いた。散歩をすることが楽しみ。できれば近所の友人のところへ遊びに行きたいと思っている。従順な一方頑固な性格

【事例紹介（入院）】

- ・76歳、女性、夫と二人暮らし
- ・診断名：血管性認知症
- ・既往歴：脳梗塞、ただし麻痺等の後遺症はない。
- ・入院のきっかけ：徘徊により、警察に保護され、入院となる。
- ・MMSE：入院時16点→退院時23点
- ・生活歴
主な職歴は家業の農業。若いときには燃糸工場で働いた。
- ・入院前の本人の生活
散歩をすることや近所の友人のところへ毎日歩いて遊びに行くことが日課となっていた。

生活の目標

散歩や運動を継続したい

友達と交流したい

生活機能の評価

障害されている生活機能（弱み）	残存している生活機能（強み）
b114 見当識 b144 軽度記憶障害 b140 注意の配分・維持の障害 b164 判断の低下や新たな事や困った時に適切な対応困難（高次認知機能障害） b545 水分摂取量の低下（代謝） d570 服薬管理が一人でできない。 d6 家事をはじめ、役割はない。 e410 夫が過干渉。行動を制限する傾向 e160 迷子になった日、いつもの散歩コースが工事中だった	b230 聴力等は良好 b167 言葉の受容・表出は良好 b126 協調性あり。 b730 麻痺はない。 b750-799 運動機能は良好 b455 近所程度の散歩ができる d450-465 歩行は屋内は独歩。屋外はT杖歩行 d5 セルフケアはすべて自立。 d7 デイサービスに通う友人がいる d920 散歩や運動をすることが好き

生活機能のアセスメント結果

・場所の見当識や問題解決などの高次認知機能の低下から、いつもの散歩道が工事中で、道を変更した結果、迷子になり、歩き回っていたところ、徘徊ということで警察に保護され、入院となった可能性がある。もしかしたら脱水の影響もあった可能性がある。
・もともと夫が行動制限傾向があることから、退院後、散歩に行くことに否定的。
・散歩や体を動かすことや他者との交流も良好なことから、廃用症候群予防のためにも、介護申請を行い、友達が通っているデイサービスを利用しつつ、自宅退院をすすめては？

【事例紹介（外来）】

- ・ 75歳、女性
- ・ 診断名：アルツハイマー型認知症
- ・ MMSE15点
- ・ 生活歴

県職員で事務仕事を定年までした。夫は10年ほど前に亡くなり、一人暮らし。近所に娘が嫁いでいる。

- ・ 本人の生活状況

毎日、朝一で近所を散歩し、家の前にある健康増進施設に通い、帰りにその隣にあるスーパーでおかずを一品買うという生活パターンを繰り返している。

- ・ 受診のきっかけ

認知機能の低下が著しくなってきた、一人暮らしは難しいのではとのことで、家族が心配になり、受診する。

【事例紹介（外来）】

- ・ 62歳、女性
- ・ 診断名：アルツハイマー型認知症
- ・ MMSE20点
- ・ 生活歴

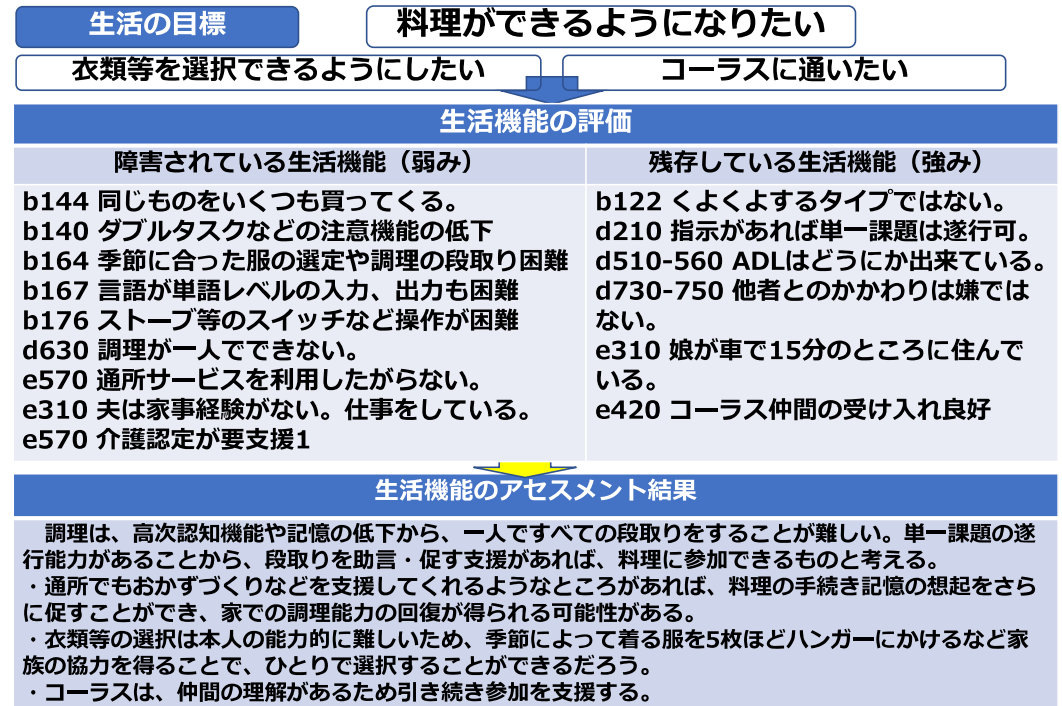
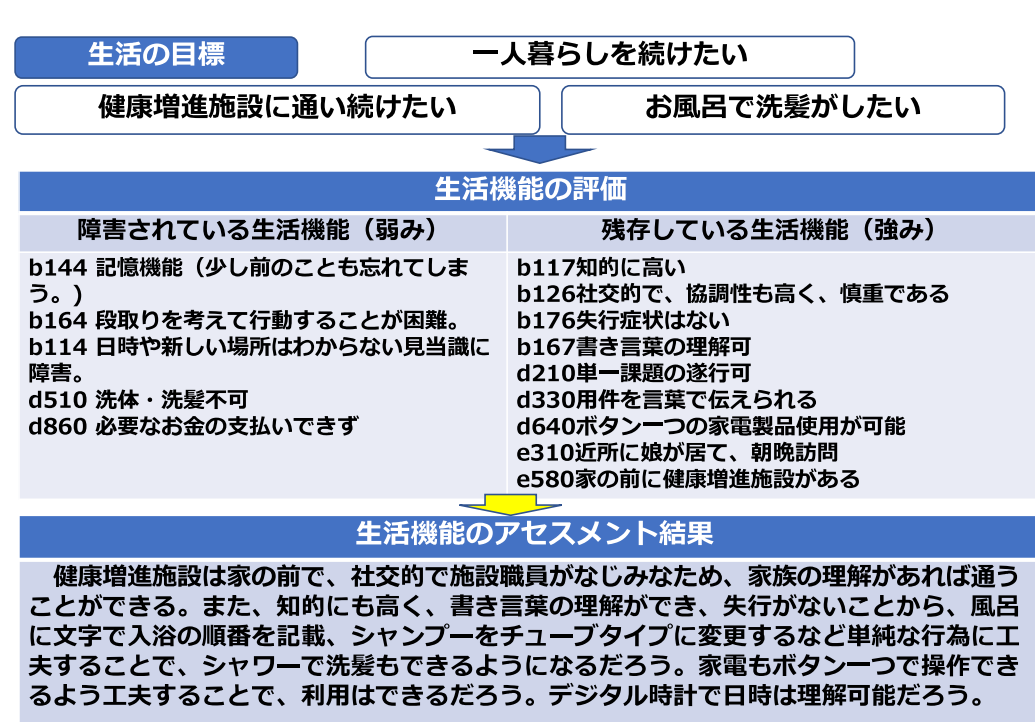
家事経験のない夫と二人暮らし。専門学校を卒業後、パン屋の販売などをしたが、ほとんどは主婦。

- ・ 本人の生活状況

同じものをいくつも買ってくることから、買い物はしていない。また、調理ができなくなり、夫は家事が全くできないことから弁当となった。整理整頓もできなくなってきた。友達に誘われて、月二回公民館のコーラス教室には参加していた。

- ・ 受診のきっかけ

何も家事をしなくなるなど認知機能の低下が著しくなってきたが、娘から受診を進められていたが、夫は受診に前向きではなかった。しかし、コーラスの仲間から受診を進めら、受診することになった。



認知症の人との出会い 自称18歳、「女学校では運針が甲だったのよ」 83歳のAさんとの出会い（昭和61年）



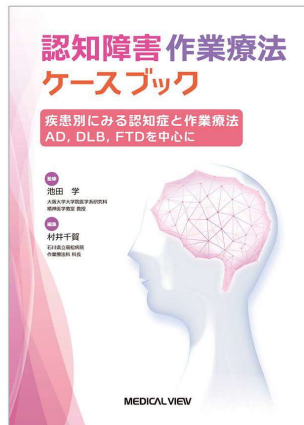
「認知症のリハビリテーション」
新しい認知症観???
リハビリテーションは基本的
人権の尊重が当たり前
その当たり前の生活の回復が
大切

83歳のAさん

朝、5時に外に出ようとして、玄関のガラス戸を割り、入院となったAさん。
ケア会議で民生委員の「Aさんは毎日5時に神社の境内を箒ばきするのが日課だった。
もしかしたら、仕事をしようと外に出ようとしたのではないかしら」という一言で、
民生委員などの地域の見守り、家族の理解を得、心不全で亡くなる日まで、境内の箒ば
きが仕事として継続できました。
「女学校時代は運針が甲だったのよ。」と嬉しそうに御手玉づくりに取り組む。

平成28年度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

※本研究の結果事例は、下記の書籍に取りまとめている。



- 1) 池田学監修：
認知障害作業療法ケースブック
疾患別にみる認知症と作業療法
-AD,DLB,FTLDを中心に-
メディカルビュー社、2020



- 2) 池田学監修：
認知障害作業療法ケースブック
重症度別にみる認知症と作業療法
ADL/IADLの獲得に向けて
メディカルビュー社、2021

～認知症実践プロトコルの紹介～

本研修における【ねらい】

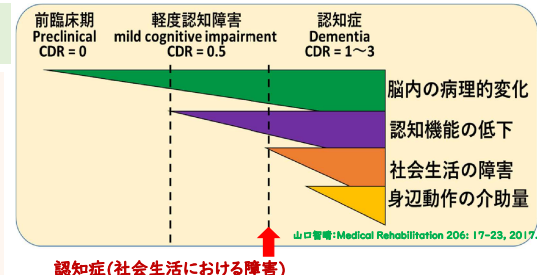
- ・認知症実践プロトコルを通して、臨床現場における認知症のリハビリテーションの実践を促すための思考プロセスを習得する
- ・認知症実践プロトコルに基づく認知症のリハビリテーションにおける介入方法を理解する
- ・本人・家族の意志・希望を踏まえたうえでの面談・観察による生活行為の焦点化と合意形成の方法を理解する
- ・医学的背景を踏まえた生活行為別のアセスメント方法を理解する
- ・アセスメント結果を受け、本人の持てる能力を活かした生活行為への支援計画立案方法を理解する
- ・支援計画の実施における本人への説明、家族・多職種との連携について理解する

令和5年度にまとめた認知症実践プロトコルについて学ぶとともに、その介入方法の例を紹介

対象は認知症の人の生活

認知症は「固定されたものではない」ということです。
ボクの場合…午後一時を過ぎると、自分がどこにいるのか、何をしているのか、分からなくなってくる。…
専門医であるボク自身、認知症はなったらそれはもう変わらない、普遍的なものだと思っていました。これほど良くなったり、悪くなったりというグラデーションがあるとは、考えてもみなかった。

長谷川 和夫、猪熊 孝子（著）：ボクはやっと認知症のことがわかった自らが認知症になった専門医が、日本人に伝えたい遺言。pp66-67, 2019



- ・医学的に、ある日「認知症」の診断がつく
- ・認知症の人の生活はその時点で変化するものではない
- ・認知機能低下に応じ、徐々に今までの社会生活（社会参加、役割、余暇、セルフケアなど）に様々な困難さが生じる

→進行・残存機能に応じた生活の工夫が必要

認知症になってもその人が地域社会で生活し続けるための支援ができる専門的支援

認知機能と生活行為の関連

参考

DSM-5や国際疾病分類第11版(ICD-11)、介護保険法における認知症の定義改訂
→いずれも「記憶障害」が必須ではなくなった点が共通

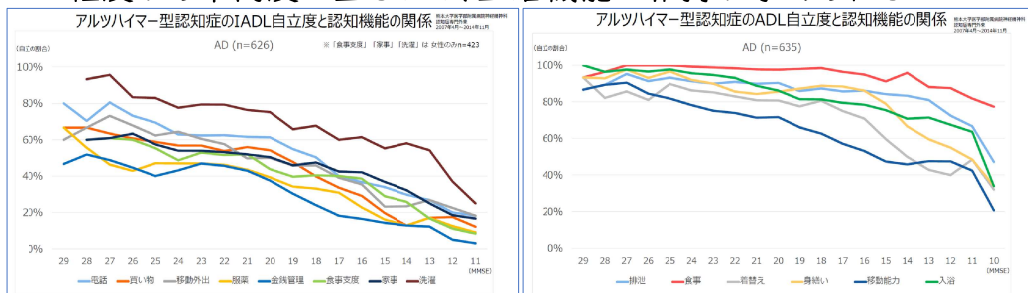
認知領域 cognitive domains; DSM-5

- ①注意、
置き忘れ・しまい失くし
火の不始末、整頓が苦手に
- ②学習と記憶、
同じ話、同じものの買いだめ、
出来事や約束の忘却
- ③言語、
他者との会話や言葉の
やり取りが苦手に
- ④実行機能、
効率的な準備、並行して複数同
時の作業が苦手に
- ⑤知覚—運動、
服を着る、道具を扱う
などが苦手に
- ⑥社会的認知
相手の意図や社会規則に配慮した
立ち振る舞いが苦手に

認知機能の低下とIADL/BADLの関連

参考

- ・アルツハイマー型認知症では、IADLから低下
- ・金銭管理や服薬、家事動作は、かなり初期から自立度が低い
- ・排泄や着替えなどのセルフケア(BADL)は、中等度まで維持されやすい
→軽度から中高度に至るまで、生活機能の維持が求められる



平成27年度～平成29年度 厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業『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』(代表:池田学)

どのcognitive domainが各工程にどのような影響を及ぼしているのかを把握

1. 認知症のリハビリテーションに求められていること

参考

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(平成27年1月)

適切な認知症リハビリテーションの推進) 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)の日常生活を自立し継続できるよう推進する。**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、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションの推進を図る。

認知症施策推進大綱(令和元年6月)

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、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生活を継続できるようすることが重要である。**このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法(令和5年6月)

(研究等の推進等)

第二十条 国及び地方公共団体は、認知症の本態解明、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びに**リハビリテーション及び介護方法その他の事項についての基礎研究及び臨床研究の推進並びにその成果の普及のために必要な施策を講ずるものとする。**

2. 日本作業療法士協会の認知症の取り組み

参考

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(平成27年1月)

H27-29年度【厚生科学研究】(協力)

池田学(大阪大学)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

H27: 4大原因疾患(AD/DLB/FTLD/VaD)の認知機能と重症度とADL/IADLとの関連を検討した結果、ADでは認知機能の低下と共に、各生活行為はなだらかに悪化する傾向を認めたが、他疾患は特徴的傾向がみられなかった

H28: IADL面では「服薬管理」「金銭管理」の悪化は、MMSE24点以上のADでも早期から出現、ADの生活行為障害は認知機能悪化を起因とする障害であることが明確化された

H29: 軽度AD者の生活行為障害は、認知機能障害の影響を強く受ける「服薬管理」などの複雑な行為は悪化しやすいが、早期に作業療法士がAD-ADL評価表で行為の工程を詳細に評価し、焦点を当てたリハ介入を行うことで、介入項目の改善と維持が可能であることが明らかになった

H28年度【老健事業】日本作業療法士協会 認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究

(実施主体)

- ・認知症疾患医療センター併設医療機関で働く作業療法士の実態を把握し、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常生活を自立し継続できる手法を検討し、認知症のリハビリテーションモデルを作成することが目的
- ・MMSE中央値で23.5点以上のADL/IADL課題は地域活動や仕事など参加に関する課題、17～23点では金銭管理、服薬管理、家事、レク・レジャー、整理整頓などのIADLの課題、13点以下では排泄、日課の遂行、洗体などのBADLが課題
- ・生活行為の阻害と考えられた要因は、ICFコードでb140注意、b154高次認知機能、b140記憶が半数以上であった
- ・生活行為継続のための残存機能は、ICFコードでb157言語、d210単純課題遂行、b114記憶、e410家族態度の順で多かった
- ・ADL/IADLに対する練習内容としては、反復練習54%、手がかり活用50%、関わり方指導50%、視覚構造化34%の順に多く、手がかり活用と視覚構造化は同内容であることから、反復練習と環境調整(手がかり活用と視覚構造化)、関わり方指導の3点が練習内容としてのウエイトを占めている。

R1-2年度【厚生科学研究】(協力)

田平隆行(鹿児島大学)AD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

- ・生活行為工程分析を基に、AD患者に週1回3か月介入、PADA-DとLawton ADL、工程別下位項目では洗濯のみ有意な交互作用を認めた。また、目標とした生活行為の満足度と遂行度は向上し主観評価が得られた。
- ・目標とする生活行為については介入を焦点化した「工程」で改善する傾向を示した。

平成28年度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

参考

1. 目的及び方法

認知症のリハビリテーションのモデルを明らかにするため、平成28年4月1日～9月1日の間で、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症と診断された者に対し、自宅ADL/IADLの指導を行った事例について、事例調査を実施。

21医療機関から108事例の回答を得た。
事例については、医師を含める10名からなるメンバーで認知症の事例か、またADL/IADLにアプローチかを審査し、50事例を選定、その事例を解析した。

2. 結果

(1) MMSEと生活行為の関係

MMSE中央値23.5点以上では地域活動や仕事など参加に関する課題、17～23点では金銭管理や服薬管理、家事、レク・レジャー、整理整頓などのIADLの課題、13点以下では排泄や日課の遂行、洗体などのADLが課題となっていることが明らかとなった。

(2) 認知症のリハビリテーションモデルの提案

(3) 認知症のリハビリテーションを実現するための作業療法の提案

(4) 認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集

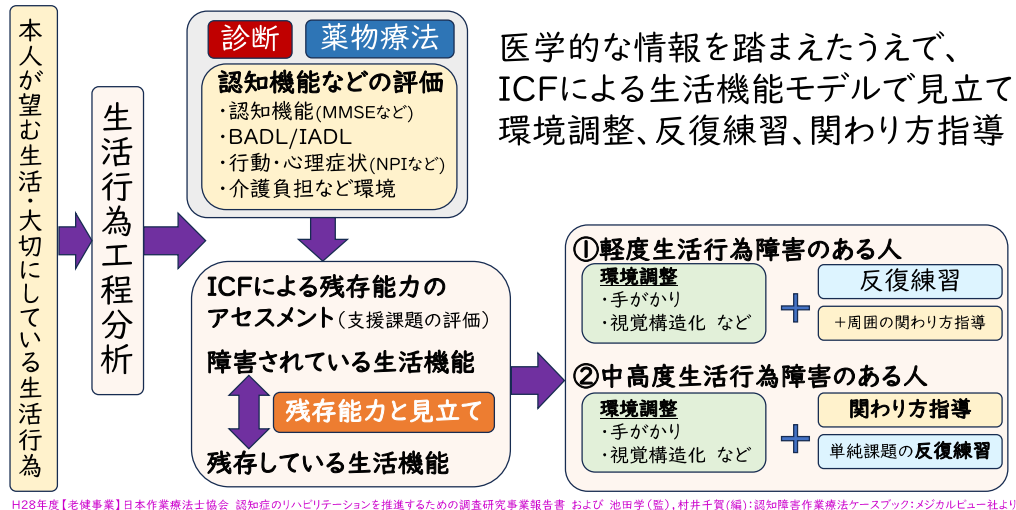
認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集



ヒント集

認知機能と生活行為の障害へのOT

参考



訪問による認知症のリハビリテーションの実践プロトコル概要

参考

1) 対象

- 認知症と診断され、
- アルツハイマー型認知症の機能評価尺度(Functional assessment staging test、以下FAST)のステージ3以上の
- MMSE24点～28点の複雑(は)職業的あるいは社会的作業を阻害する程度の客観的な機能低下がみられる境界域以下の者であって、
- 認知症高齢者日常生活自立度Mを除き、
- ADL、IADLなど生活行為の課題の維持・改善に対する支援の必要な者、または家族への指導や環境調整などが必要と判断された者。

FAST (Functional Assessment Staging)

1. 正常
2. 年齢相応: 名前が出てこない
3. 境界: 仕事上機能低下が明らかになる。
初めての旅行先で迷う
4. 軽度認知症: 家計の管理、買い物、お客さんを招く段取りができない。普通の日常生活は大丈夫
5. 中等度認知症: 適切な洋服を選べない。入浴を嫌がる。運転ができない。妄想や興奮などが出現しやすい
6. やや高度の認知症: 着衣失行、入浴に介助、排泄動作障害、失禁
7. 高度の認知症: 言葉の減少。全失語。歩行困難。着座困難。笑う能力の喪失。植物状態

2) 訪問による認知症のリハビリテーション実施手順

参考

- ①「生活行為の課題」の把握: 対象者がしている、してみたい、興味がある生活行為を「興味・関心チェックシート」で確認して記載する。
- ②「生活行為の課題」のアセスメント: 国際生活機能分類(International Classification Functioning, Disability and Health: ICF)に基づき、「心身機能」「活動と参加」「環境因子」のそれぞれの項目について、障害されている生活機能(弱み)と残されている生活機能(強み)を、アセスメントし、記載する。(その際にはMMSEやDBD13、ADL評価(BI、もしくはHADL、Lowton等)、IADL評価(FAI等)等の評価の結果を踏まえる)
- ③「アセスメント要約」: 介入方針を決めるため、要約を記載、対象者とその家族に伝達する
- ④ 支援計画の立案「介入方針」は、課題とした生活行為の工程を分析し、以下の観点について定める。
 - (i) 環境調整(物理的環境)
 - (ii) 生活行為に対する反復練習
 - (iii) 関わり方の指導(家族・支援専門職等)
- ⑤「本人および実施者」: 本人が日常生活の中で取り組むこと、ケア提供者が取り組むと良いことについて記載する。情報提供をする相手も記載する。(近隣住民、友人、民生委員、関係者とのケア会議)
- ⑥ 介入期間: 1月に概ね4回以内、一回当たりの訪問時間は60分以上。通所サービスに結び付けるよう、本人・家族への説明を行うことを配慮する。
効果を把握するため、長期的なモニタリングをする。
支援終了時、サービス担当者会議等介護支援専門員を交え、支援に対する申し送りを行う



2021年度～
日本作業療法士協会事業

2022年07月11日(月)
一般社団法人 日本作業療法士協会
プロジェクト会議資料より

参考

認知症の人への標準的な訪問作業療法の在り方検討プロジェクト

【事業概要】

- ・認知症の人への標準的な訪問作業療法の在り方を検討する。
作業療法士が何を目的に、訪問リハビリテーションの場でどのような支援を提供しているのかを明らかにし、認知症の人が有する認知機能等の能力の評価を基に、それを最大限に活かした日常生活の具体的な自立支援の手法を集積し、標準的な訪問作業療法の在り方を検討する。
- 1) (2021年度) 認知症者への訪問リハビリテーションの課題整理
 - ①訪問リハビリテーションの場における実態調査
 - ・主たる疾患として認知症の人への訪問リハの依頼がないため、実施内容が不明確であることがわかった
 - ・効果的な作業療法の実施には研修が必要であることがわかった
 - ②認知症疾患医療センターの作業療法士の訪問内容を参照したところ「環境・ADL・IADLへの評価・助言・整備」であった
 - ③過去の関連調査研究から、認知症者の生活行為の自立に向けたアセスメント領域や介入を整理
 - ・作業療法士の治療戦略として、環境調整、反復技能練習、家族指導の3点に集約されることが分かった
- 2) (2022年度) 認知症者への具体的支援事例の集積
 - ①過去の関連調査研究をもとに必要な要素を抽出し、実践事例集積用のフォームを完成させる
 - ②実践事例集積用のフォームへの入力方法にかかる説明会を2回ほどWEB開催
 - ③得られた実践事例を集約し、認知機能低下に応じた生活行為への具体的支援手法を検討
- 3) 検討委員会及びワーキンググループ(作業部会)の設置
 - ・有識者等を踏まえた構成委員や関係者の意見等を考慮して進める必要があるため、検討委員会(年2～3回程度)で検討し、認知症の人への標準的な訪問作業療法の在り方について取りまとめる。

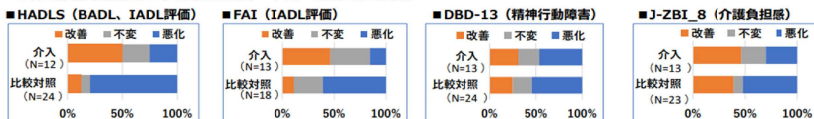
令和4年度老人保健健康増進等事業
訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発

訪問による認知症リハビリテーションの効果検証

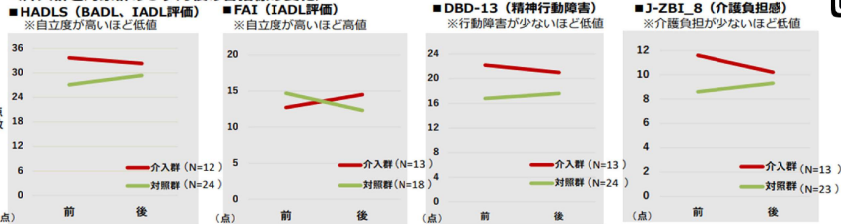
参考

- 令和4年度老健事業において、訪問による認知症リハビリテーションの介入の効果検証を行った。
- リハビリテーション介入を行った群（介入群）では、IADLを含む指標（HADLS、FAI）で改善傾向を認め、比較対照群では悪化傾向を認めた。
- 比較対照群では介護負担感（J-ZBI_8）や精神行動障害（DBD-13）の悪化傾向を認めた。

<介入群と対象群の3ヶ月後の改善・不変・悪化の人数比>



<介入群と対象群の3ヶ月後の各指標の変化>



第230回社会保障審議会介護給付費分科会資料【資料3】のP.23より https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36124.html

1. (7) ② 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進 参考

概要

【訪問リハビリテーション】

- 認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションの実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<現行>
なし

<改定後>
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日（新設）

算定要件等

- 次の要件を満たす場合、1週に2日を限度として加算。（新設）
 - ・ 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。



ホーム

Google カスタム検索

テーマ別を探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護報酬 > 令和6年度介護報酬改定について

令和6年度介護報酬改定について

令和6年度介護報酬改定の概要

<改定事項概要一覧>

PDF 令和6年度介護報酬改定における改定事項について [6.6MB] (PDF ページ数入り版 [6.1MB])

<主な事項の概要>

PDF 令和6年度介護報酬改定の主な事項 [3.8MB] (PDF ページ数入り版 [3.7MB])

(参考)

PDF 令和6年度介護報酬改定の施行時期について [133KB]

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告

厚生労働省HP 令和6年度介護報酬改定について より
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

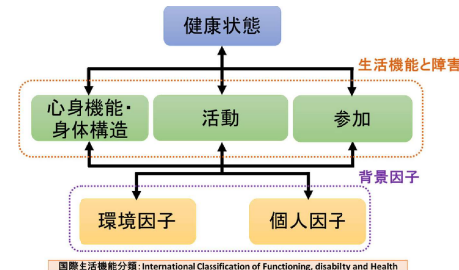
55枚目のスライド

概要: 認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハ実施を評価する新たな加算

算定要件の対象者: 認知症であると医師が判断した者であって、リハによって生活機能の改善が見込まれると判断された者

つまり

- 生活機能の強みと弱みの把握
→ アセスメント
- 疾患特異性とアセスメントを踏まえ
活動と参加レベルの改善を図る
→ 戦略的な介入方針の検討
- ➡ 【生活機能】の改善を図る



例:疾患における進行(重症度)を踏まえた機能低下

AD(軽度):近時記憶障害、注意やworking memoryの低下、遂行機能の低下、活動意欲・周囲への興味低下、日付の見当識低下も

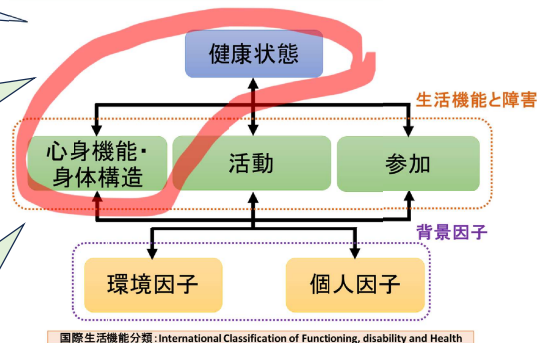
AD(中等度):記憶や注意機能の更なる低下、場所の見当識低下も徐々に進行、視空間認知の低下も徐々に生じ、DMN後方ハブの機能低下で取り繕い

AD(高度):視空間認知障害に加え失行症様の行為障害を来す、言語機能低下も

例:疾患特異性を踏まえた機能低下

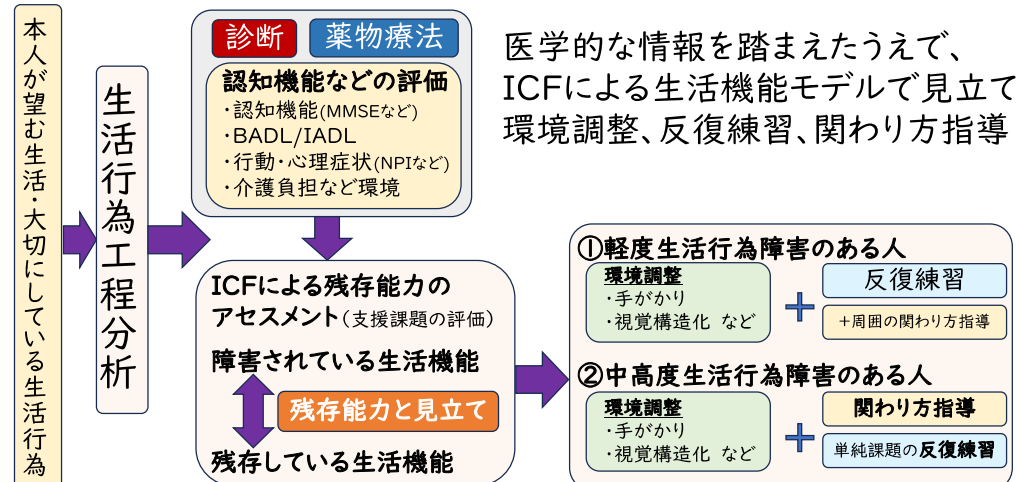
FTD:全般的な心理社会的機能(社会的相互作用の確立・対人技能の形成)の低下、衝動的反復的な行動、言語機能の低下

DLB:注意や遂行機能の低下・視覚認知機能の低下による見落とし、抑うつ状態、覚醒や睡眠機能の不安定さ、パーキンソニズム、自律神経症状



認知機能と生活行為の障害へのOT

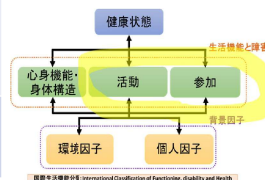
改めて



H28年度【老健事業】日本作業療法士協会「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業報告書 および 池田学(監)、村井千賀(編):認知障害作業療法ケースブック:メジカルビュー社より

アルツハイマー型認知症の進行と生活障害

重症度	特徴と具体例
健常老化	・物の置き忘れ、健忘や喚語困難の自覚などがある ・日常の社会生活において問題ない
MCI	・複雑な社会的場面(仕事)における客観的機能低下 ・慣れない場所・場面でのエラーや作業効率の低下 ・複雑なIADL(資産管理や手の込んだ調理など)でミスが生じやすい
軽度	・金銭/服薬管理、献立の検討、献立や在庫に配慮した買い物、予定管理などIADL自立が阻害される(何らかの支援が必要になる) ・日常生活において、更衣や入浴、排泄などBADLは部分的な質低下(衣類の汚れなど)があっても動作可能で介助を要さない。 ・不安に感じることも増え、精神的に不安定となることも多い。
中等度	・IADLの遂行が難しくなる(一部は代償で継続可) ・BADLにおける動作の質低下(TPOに応じた衣類選択、洗髪を忘れる、トイレの後始末ができないなど)が増える。 ・易怒性/焦燥感等の悪化で周囲と関係性が悪化することもある
高度	・視空間認知の障害や失行症などが作業遂行に影響を及ぼす ・入浴や整容、更衣などの手順に混乱を来し、介助を要す ※進行で末期は、姿勢保持/嚥下等の問題が生じる



プロトコル

プロトコル:複数の者が対象となる事項を確実に実行するための手順. 近年は、コミュニケーション言語、ルール、考え方をまとめて示す言葉

- ・プロトコル:
アセスメントから具体的介入方針までの治療戦略
OTが生活行為に着目し支援する一連の臨床思考と実践過程

- ・診断に基づき、認知症の本人が望む生活行為に着目し、その生活行為が障害される背景や本人の強みを構造的に捉え、誰が何するか介入方針を検討
- ・新たな介入ではなく、従来から行われている認知症の人に対する訪問による作業療法を構造的に視覚化するもの

認知症の人に対するリハビリテーションの実践報告様式

生活行為の課題	心身機能	活動と参加	環境因子
課題			
背景			
アセスメント結果			
支援計画	①環境調整(物理的調整)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導(認知・言語専門職等)
介入方針			
本人			
家族			
ケア提供者			
その他			
結果			

認知症の人に対するリハビリテーションの実践報告様式

生活行為の課題				
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画	①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)	
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

これまでの流れを
構造的に視覚化する

アセスメント

焦点化する生活行為は本人・家族の希望やニーズを踏まえる
(在宅生活の継続を見越した) 進行に応じた

障害されている項目
と強みの項目を記載

アセスメントは原疾患を
意識して客観的に
ICFコーディングを入力

生活行為の課題				
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画	①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)	
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

焦点化した生活行為の
各項目における障害因子
(弱み)と残存機能(強
み)を把握し、(可能性
を踏まえ)能力を見立て
て支援方略の検討につな
げる

アセスメント

課題は1つ

※買い物と外出、買い物と調理のように重複する課題の場合も、介入に重点を置いたほうを選ぶ

事例報告ではなく、
一つの生活行為ごと
にまとめる

生活行為の課題				
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画	①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)	
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

支援計画 + 結果

支援計画の項目立て
の背景について
実施者の区分けの背景

生活行為の課題				
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画	①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)	
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

支援計画

アセスメント要約を踏まえた介入であるつながりを意識

①②③の手段で誰が、どの様に、どの程度行うか介入戦略の思考過程

①～③がどれくらいの頻度で、1回何分で行うか時間・回数・頻度も記入

実施者は、本人・家族・ケア提供者・その他(民生委員、隣人、友人など)

重度の方でも本人が主体的にかかわれる様な視点で記載する。

各人が何をどのようにすべきか具体的な方略を記載する場合によっては空欄がある

生活行為の課題				
アセスメント	心身機能		活動と参加	
	障害されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画				
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア提供の形態の範囲等) (要旨)		①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)
本人				
家族				
ケア提供者				
その他				
結果				

認知症の人のリハビリテーションを視覚化する

生活行為の課題		服薬管理：馴染みのカレンダーを活用した服薬を管理		
アセスメント	心身機能		活動と参加	環境因子
	障害されている	b1140 日付の見当識障害、b1402 注意障害(配分)、b1440 短期記憶障害、b164 高次認知機能	d230 日課の遂行 d220 複数課題の遂行	e410 妻は夫のミス(飲み忘れ等)を指摘 見当識を理解する手がかりが少ない
	強み	b156, b167, b176 失行症等なく手続き記憶の残存、言語機能や視覚認知は良好	d210 単一課題の遂行は可能 d440 細かな手の使用	e310 妻との二人暮らし 本人が常用するカレンダーがある
アセスメント要約		・日付の見当識低下に加え、注意や記憶、遂行機能の低下により、不安感が強く、加えて服薬管理で混乱 ・曜日や時間帯など管理の要素が増えると混乱しやすい ・妻から飲み忘れを指摘され本人が怒って拒薬などの悪循環、常時確認するカレンダーがある		
支援計画		①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア提供の形態の範囲等) (記載)		・馴染みのカレンダーを活用して薬を貼付け ・日付は電波時計で確認してカレンダーと照合 ・電波時計(日付が大きく、曜日と時間は小さく表示されるものが良い)の導入	・電波時計に慣れる(本人に納得して活用してもらう) ・毎日1袋ずつ剥がすことの習慣化 ・袋を貼る作業も手伝ってもらうことで意識付けを図る	・本人ができること(電波時計とカレンダーの照合など)と苦手なこと(複数同時作業)を環境調整を通して妻が理解、指摘ではなく、促しをする・環境調整への協力を促す ・1回40分の訪問を計4～5回の予定
本人		・服薬の貼り付けの手伝い	・毎日カレンダーを確認 ・貼られている薬を服用する	・家族の指示に従う ・不明点は家族や専門職に確認
実施者	家族	・必要物品の購入手配 ・カレンダーへの貼付け協力	・の忘れの確認 ・飲み忘れ時に促す	・関わり方のポイント理解
	ケア提供者			・介護サービス未導入 ・地域包括支援センターの担当者と情報共有
	その他			
結果		・9割以上の確率で、カレンダーに貼り付けた薬を自分で剥がして飲めた。忘れた際も、家族が声をかけるだけで、飲むことができるため、飲み忘れによる口論は減った。訪問回数は5回で終了。		

本人：穏やかに生活したい 健康状態 高血圧、アルツハイマー型認知症 妻：穏やかに過ごして欲しい薬を飲んで欲しい

心身機能

b114.3 日付と場所の見当識障害
b140.2 選択性・配分性の注意低下
b144.3 著明な近時記憶障害
b152.2 興味や活動性の低下(アパシー)
妻の言動に対してイライラする
b164.2 予定や計画の管理が難しい
b176.0 失行症など行為の障害がない
b730.1 軽度の筋力低下
b760.0 運動機能が保たれている

活動と参加

d210.0 単一課題は問題ない
d220.2 複数課題の遂行でやり忘れが生じる
d230.1 日課の管理で促しが必要
d520.1 整容など一部のBADLで促しを要す
d530.0 排泄をはじめBADLは基本的に自立
d570.3 定期受診や服薬などができていない
d640.1 役割の掃除は促しで可能
d710.3 妻に大声をあげる(妻がストレス)

環境因子

e310+2 妻が同居している
e355+2 多職種が関わっている
e410.2 妻は本人への対応に不安
e580.2 社会参加に向けたインフォーマル・フォーマルサービス未調整

個人因子

・70代後半男性
・職人気質の溶接工、亭主閑白、
・ギャンブル好きで単独行動を好む

70代 アルツハイマー型認知症と診断された男性

- ・日付の見当識低下に加え、注意や記憶、遂行機能の低下により、不安感が強い
→現状の方法で服薬管理で混乱。失行などなく、単一課題は遂行可能。
- ・曜日や時間帯など管理の要素が増えると混乱しやすい
- ・妻から飲み忘れを指摘され本人が怒る→拒薬の悪循環、常時確認するカレンダーある

■ 環境への働きかけ(物理的環境調整)

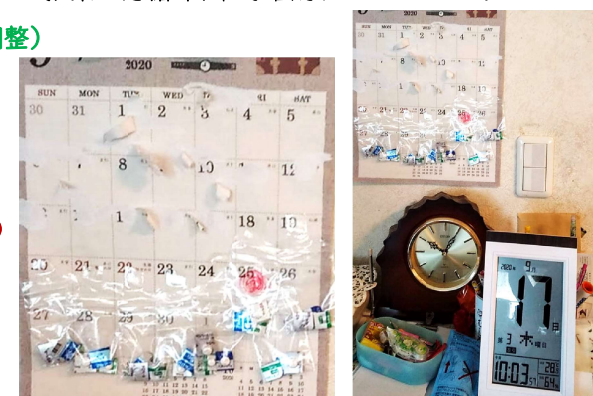
- ・馴染みのカレンダーの活用
- ・電波時計で見当識障害の代用
- ・物品や環境の整理

■ 反復練習

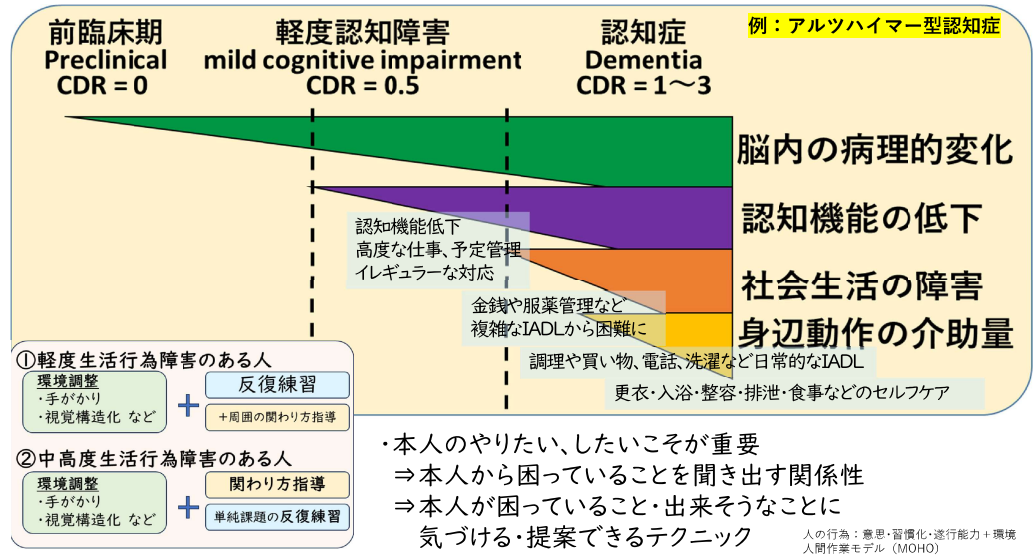
- (本人と妻での合意を得ながら)
- ・電波時計で照合/活用(納得での導入)
- ・毎日1袋ずつ剥がす習慣化
- ・カレンダーに貼り付け/セット

■ 関わり方等の指導(家族指導)

- ・貼り付け作業の促し方のコツ
- ・服薬忘れの指摘ではなく確認の促し



認知障害作業療法ケースブック：メジカルビュー社



訪問で生活の困りごとを把握するには

療法師：「何か生活で困っていることはありますか？」
対象者：「まあ、それなりに生活しているんで大丈夫です」
「何も困っていませんよ。皆さんと同じだと思います」
療法師：「・・・」

療法師：「そういえば、皆さん予定の管理、例えば病院や公民館に行く日を間違えないとかで困るとおっしゃる方が多いみたいですが、Aさんはいかがですか？」
対象者：「まあ、歳だから、たまには忘れるけど、皆さんもそんなだから困らないですよ」
療法師：「ご予定はどのように管理されていますか？」「カレンダーは？」「時計は？」
次の診察、この地区の可燃物、牛乳の集金、回覧板などなど・・・
具体的な事案について確認していく。

もしくは、家人に困ったと感じた生活エピソードをメモしてもらおう

生活行為の支援例【買い物】

MCI:複雑な買い物はかなり早期の段階から少しずつ不便さが増える。
軽度:同じ物の購入や買い忘れなどが目立つ、カード式の支払いに慣れれば、支払い時のエラーが減る。
中等度:一人での買い物は難しくなる(本人が決まってルーティンで購入する物は買い物が継続できる)。
高度:余暇・楽しみとする行為として、一緒に買い物をするような支援をする。

重症度	予測される生活行為の障害	環境調整	反復練習	関わり方の指導
軽度 MCI	・自宅にあるものと、不足しているものを認識し、献立に応じた食材を適切に買い揃えることに混乱が生じ苦手な場面が出てくる ・自宅にある同じ食材を繰り返し購入してしまう場面が見られてくる ・金額に応じて適切な紙幣、硬貨を組み合わせた支払いが苦手になってくる	・本人と共に家族やヘルパーによる 冷蔵庫内や自宅在庫品の確認 ●近時記憶・遂行機能の障害が要因の場合 <代替手段> ・メモの活用 <視覚的構造化> ・購入する品物のリストを作る ・レシートの処理・整理 ・カレンダーや日記に献立と購入品の記載によるリスト化 ●近時記憶障害が要因の場合 <視覚的構造化> ・カレンダー ・日記の活用状況確認	<支援者による能力補完> ・メモの確認を忘れないよう、メモをしまう場所を統一し、買い物後、メモの内容の品物が購入してきたか一緒に確認する <視覚的構造化> ・カレンダーや日記への記載ができていないか声かけ・確認する	<本人らしき生活習慣を知る> ・元来用いていた家計簿の付け方やレシートの処理方法について確認し、馴染みの方法を探る <支援者による能力補完> ・本人のメモ内容が分かりやすく書かれているか確認する ・宅配利用の経験等、情報収集を行い宅配も利用しつつ、買い物の品数を減らすといった工夫を検討する

重症度	予測される生活行為の障害	環境調整	反復練習	関わり方の指導
軽度	・自宅にある同じ食材を繰り返し購入してしまう場面が見られてくる ・金額に応じて適切な紙幣・硬貨を組み合わせた支払いが苦手になってくる	・カレンダー・日記の活用状況確認 ・本人と共に家族やヘルパーによる、冷蔵庫内や自宅在庫品の確認 ・財布の中を整理する ・少額がチャージできるプリペイドカードを活用する	・買い物リストを作成する ・リストを作って買い物をする習慣をつける ・レシートをもらう習慣をつける ・レシートはノートに貼り付ける ・定期的に財布の中身を一緒に確認する ・プリペイドカードが使用できているか確認する	・繰り返し同じ品物を購入しても強く指摘はしない ・馴染みのスーパーにはレジで困っている時に店員から声かけをしてもらうよう協力を依頼する ・家族やが定期的に一緒に買い物に行き、本人の不安に感じている部分を把握する ・財布の中がレシートや使用していないカード・小銭等で一杯になっていないか確認する ・元々使用しているプリペイドカードの有無について情報を得る ・カードでの支払いが可能か、現金のままが良いか一緒に確認する ・あまり声かけし過ぎず本人が選択する支払い方法を把握し尊重する
中等度	・1人での買い物が難しくなる ・本人が決まってルーティンで購入する物は買い物が継続できる	・家族やヘルパーと一緒に買い物に行けるよう往復の手段や交通状況について確認する	・買いたいものや欲しいものを選ぶ	・1人で出来ないから行かないではなく、一緒に買い物を楽しめるよう移行する ・買い物カゴに入れ過ぎた物品は会計前に整理する
高度	・1人での買い物が難しい			・本人が望めば一緒に買い物に行き選ぶ機会を提供する

生活行為の支援例【料理動作】

参考

MCI: 作り慣れない調理の段取りなどが苦手になるが、基本的に自立。進行への備えが必要。

軽度: 手の込んだ料理や食材に応じた調理などが苦手になる。

中等度: 良く作る慣れたシンプルなレパートリーは可能。工程で混乱が増える

高度: 一連の動作は難しいが、食材の準備(洗う、切る)や配膳など、出来る工程は一部ある

重症度	予測される生活行為の障害	環境調整	反復練習	関わり方の指導
MCI	・手の込んだ料理や作り慣れない複雑な料理、あまり使わない調理道具の使用に支障が生じる	・調理を開始する前に使用する道具を出して準備する ・調理場の整理を検討する	・IHクッキングヒーターに慣れる	・IHクッキングヒーターへの交換も含め、今後の環境整備について、相談しながら本人の意向に沿って協力する ・ヘルパーによる家事援助には切り替えない
軽度	・手の込んだメニューを作ったり、献立を考えることを面倒くさがる ・調理手順に若干の混乱が見られる ・本人が得意な料理についてメニューの単一化も含めて今後の事項を検討する時期 ・注意障害、近時記憶障害がある場合、使用する道具の選択に要する時間・手間を減らす	・キッチンの各引き出しに何が入っているか、ラベリングする ・調理場は整理整頓(よく使用する道具を見やすい場所に置く)しておく ・調理の開始前に使用する道具や食材を用意する ・使用手順を可視化する(手引きを作成する、使用する手順にナンバリングしたシールを貼る) ・立案した献立を常に見えるようにセッティングする	・使った道具や調味料は使った場所に返す ・要望に応えられる範囲でご飯を作る ・示した手順通りに操作する	・道具の場所を本人と一緒に確認する ・希望のメニューを伝える(献立と一緒に考える) ・手順通りに使用できているか確認する ・本人がよく作できそうな料理レパートリーを作ってもらい(慣れた環境、近い環境であれば本人の作業が継続できること) ・必要以上に声をかけない(混乱している場合にのみ声かけ) ・本人の残存能力を共有 ・人的環境の補完を急ぎすぎない ・本人が困っている場合に声かけ、次の工程を指示、手順を確認する

参考

重症度	予測される生活行為の障害	環境調整	反復練習	関わり方の指導
中等度	・注意や記憶の機能の低下に加え、実行機能の低下なども加わり、複雑な工程を遂行することができない	実行機能障害、近時記憶障害が要因の場合 <視覚的構造化> ・1工程ずつ提示する ・手順を紙面で示す <道具の工夫> ・使用する道具を絞る	・手順を示した紙面を繰り返し読み返す ・同じ工程もしくは似た工程の動作を繰り返し行う 例) カレーを作る →切る: サラダ →炒める: 野菜炒め →煮る: 野菜スープ	・本人がよく作できそうな料理のレパートリーを部分的にでも依頼 ・手順を示した紙面を本人と一緒に確認 ・本人が使い慣れた道具、または同じ方法で使用する道具を本人と一緒に選ぶ ・本人の料理に対する思いを聞き取る ・本人が混乱や負担と感じているときは、他者の作業を見守るという役割に移行する
高度	・1つの工程であれば可能な作業がある ・料理という場面を楽しむことができる	・調理中の音やにおいを楽しめる場を設定する	・調整活動に参加する ・役割としての盛り付けや配膳など、可能な動作を継続	・役割の工程でアドバイスをもらう ・役割遂行につながる声掛け

認知症の原疾患によって異なる「買い物」場面で苦手なこと

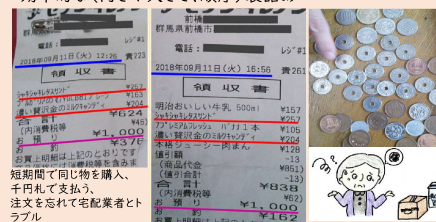
参考

○ 買い物における認知症全般の一般的対応例としては、①なじみのお店や環境で、②購入や支払、袋詰めなどが静かに静かに着いて出来る環境、③必要に応じてSOSが出せる環境や雰囲気、④パターン化した方が良い人は、自動精算機やプリペイドカードの使用などの工夫で対応できる場合もある

アルツハイマー型認知症

【苦手なこと】

- ・記憶障害で買うものを覚えておく、買ったものを覚えておく、支払いしたことを覚えておくこと
- ・見当識と注意力が低下し、売り場を探すこと
- ・釣り銭を予測した支払(小銭がたまると)
- ・冷蔵庫の中身を想定した買い物
- ・効率的な(向きや大きさ、順序)袋詰め



レピー小体型認知症

【苦手なこと】

- ・身体機能と視空間認知が低下し、狭い店内でカートを押して歩く
- ・注意機能の低下により商品を探しにくい
- ・賑やかな商品popは混乱、陳列棚上下部の見落とし(特に棚の上部は届きにくい)
- ・日によっての意識の変動もあり、そもそも買い物が億劫になりやすい



前頭側頭型認知症

【苦手なこと】

- ・思考の柔軟性の低下により、「他店で買う」という切り替えが苦手で、こだわりの一品が品切れだと混乱しやすい
- ・自分で買うことへのこだわりがある
- ・行動パターンが定型化し、店休日の理解が難しい
- ・未払い行動からのトラブル

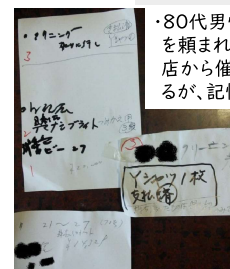


買い物に対する具体的な支援(例)

参考

アルツハイマー型認知症

- ・80代男性で妻と二人暮らし。妻に買い物を頼まれるが忘却、定期購読契約先の書店から催促の電話を受けて自分でメモするが、記憶や注意力が低下して混乱。



- ・妻は本人のリハビリになると思い、おつかいを頼むが本人は更に混乱
- ・連絡や依頼があると都度メモするためメモが整理できずに混乱

【対応】

- ・メモ帳を1つに絞り、用件も1つに絞る
- ・お願いする要件は1件1枚渡せば出来ることから、下図の様なメモを渡せば、本人は買い物ができる。

→結果、本人独りで買い物が可能になり、夫婦喧嘩も減った

△△クリーニング店
代金支払い済み
前回、婦人物2点のみで、男性用Yシャツは未だ受け取っていません。確認願います。
※この紙を店主に渡してください

山口智晴様、総合リハ45(9):909-916, 2017.

前頭側頭型認知症

- ・70代男性で妻と二人暮らし。前頭側頭型認知症により、思考の柔軟性が低下など前頭葉症状を認める。糖尿病もあるが、コーヒーと甘い物が大好き。近隣のコンビニに1日1袋スティックシュガーを買いに行くのが日課。
- ・コーヒーに大量のスティックシュガーを入れて飲むため、血糖値のコントロールも不良。
- ・スティックシュガーが売り切れだと大混乱して、店員に詰め寄ったり、棚のものを落としたりした。



【対応】

- ・本人が楽しみにしている生活行為であったこともあり、ご家族やコンビニとも相談し、カロリーゼロのスティックシュガーを取り扱ってもらい、本人がいつも買っていた棚に配置してもらった。

→結果、家族・店舗も安心して、本人が楽しみにしている買い物の継続を支援できた

認知症の人に対するリハビリテーションの実践報告様式

演習
資料2

生活行為の課題				
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害 されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画		①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

演習② 介入計画と実施するうえで必要な工夫点の整理

支援計画		①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載)				
本人				
実施者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

介入計画を実施するうえで取り入れる工夫点	本人への説明、環境調整の手段、家族・他職種との連携方法等
----------------------	------------------------------

演習① アセスメントとICFによる生活機能モデルの整理

アセスメントを進めるうえでふまえるべき情報	本人・家族の意思・希望	
	医学的情報	疾患特異性、重症度、薬物療法、評価バッテリー結果等

生活行為の課題				
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害 されている			
	強み			
アセスメント要約				

実践プロトコルの振り返り 多職種との連携について

認知症施策推進大綱(令和元年6月)

5つの柱 — 「共生と予防」を両輪

1. 普及啓発・本人発信支援
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
5. 研究開発・産業促進・国際展開

○本大綱における「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味である。

○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**、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が重要である。

共生社会の実現を推進するための 認知症基本法概要(令和5年6月)

1. 目的

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、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 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合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2. 基本理念

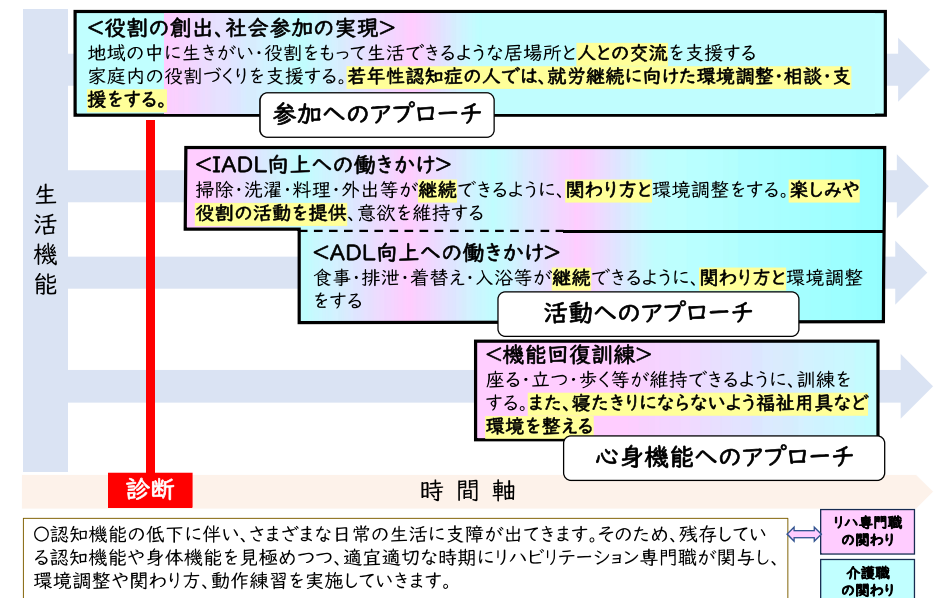
認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的な権利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。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向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。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、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。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

個人と環境へのアプローチを通して機能を最適化し、機能障害を減少させ、尊厳ある自立生活の継続とウェルビーイングの維持・向上を図ることを目的とするリハビリテーションの考え方とも一致している。(粟田 2024)

2

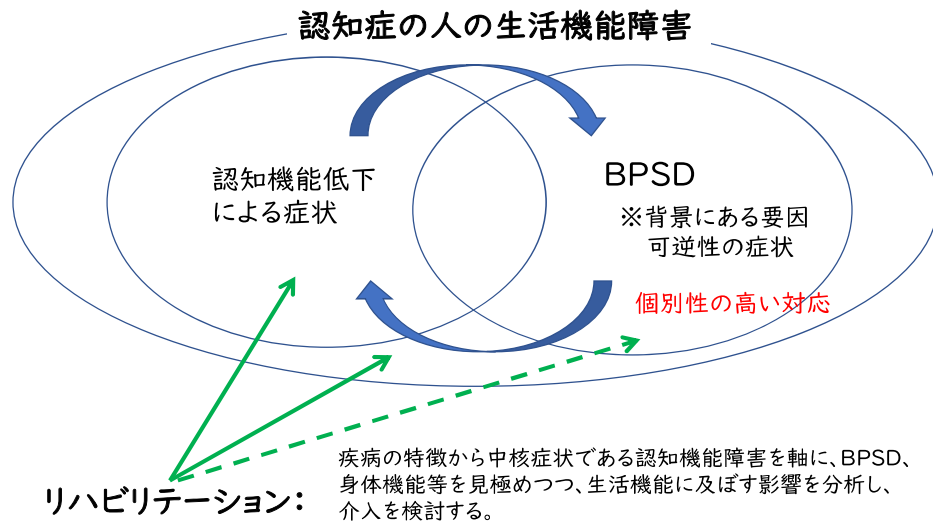
認知症のリハビリテーションと3つのアプローチ



3

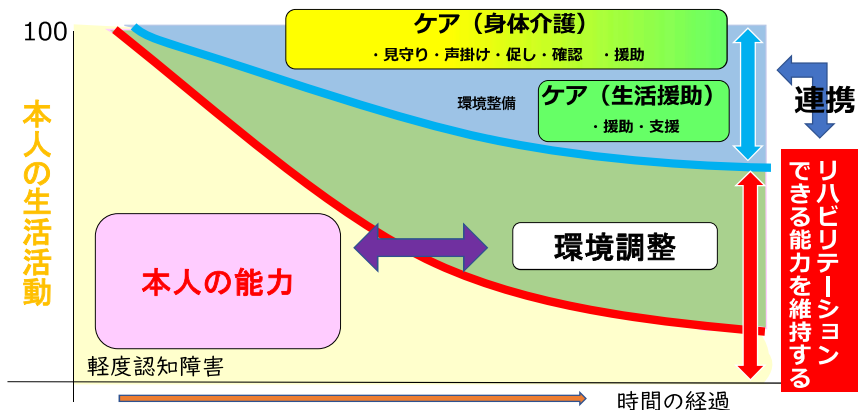
認知症の人に対するリハビリテーション

認知症の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、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常生活を自立し継続できるようにすることである。（村井 2022）



4

認知症の人に対するリハビリテーションとケア



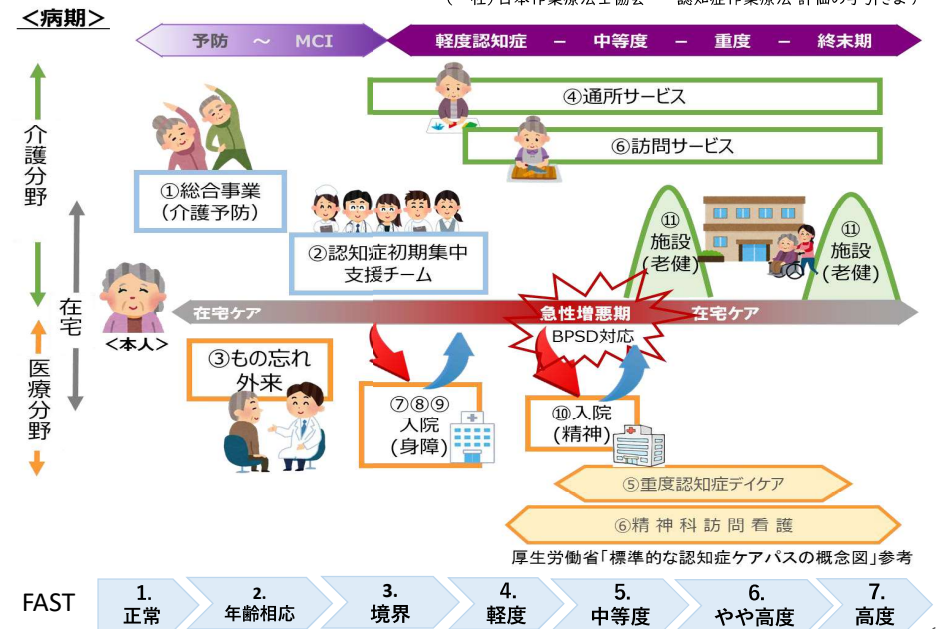
参考:「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号)

認知症のケア: 認知症者のその人らしさを尊重し、その人の立場になってその人のニーズを考え、それを満たすようにケアを実践するパーソンセンタードケアの理念が基本(言動を共感的に理解することを前提とする)＝リハ介入も共通

5

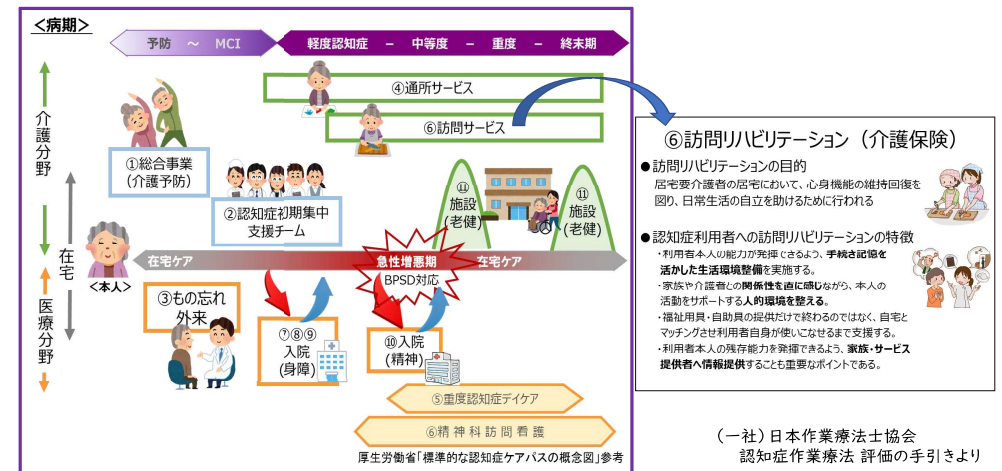
予防から終末期までのOTの関わり

(一社)日本作業療法士協会 認知症作業療法 評価の手引きより



6

訪問リハにおけるリハビリテーション



訪問リハは、実際に生活する場面で ご本人のやりたいこと・必要なことを一緒に考え、直接取り組めるメリットがあります!

7

認知機能（低下）が及ぼす生活行為のアセスメント・焦点化

基本評価（観察・面接・情報収集）	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTLDP ☐ 心理症状 ☐ 行動症状 【生活状況】 ☐ 1日の流れ ☐ IADL/BADL ☐ 生活習慣 ☐ 睡眠 ☐ 活動欲、外出 ☐ 対人・社会交流 【ナラティブ】 ☐ 今の生活の困りごと ☐ 今後の生活のニーズ ☐ 興味関心 ☐ 余暇活動 ☐ 経済状況 【人的環境面】 ☐ 家族背景 ☐ マンパワーと知識、技術 ☐ 介護負担（Zarit-8） ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☐ 住環境 ☐ 地域資源 ☐ 公共交通機関 【行動・心理症状（BPSD）】 ☐ 認知機能 ☐ 行動症状 【機能面】 ☐ 認知機能 ☐ せん妄 ☐ 身体機能 ☐ 運動機能 ☐ 循環・呼吸器 ☐ 摂食嚥下 ☐ 感覚（疼痛） 【心理面】 ☐ アバシー ☐ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☐ 服薬状況 ☐ 身体合併症管理 ☐ 栄養 【リスク管理】 ☐ 誤嚥 ☐ 転倒・転落 ☐ 廃用	■介入時にチェックした 「要因」と「ネー」に対する変化 ■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■つながら先の環境評価 情報収集 ■本人の生活支援に向けての ポイント（活動・参加を意識しながら） （備考）

(一社)日本作業療法士協会
認知症作業療法 評価の手引きより

[illegible]

- ① 患者の陳述を聞く
 - 1) 面接者が聞く能力を持つ
- ② 本人の語る意欲と能力を向上させる技術を持つ
- ③ 患者を観察する
良い面をみる力
- ④ 患者と関係を作る
言語的で行うことと、非言語でおこなうことの
違いを知る

8

焦点化した生活行為	・料理だけでもしてほしい ・本人が衣類等を選択できるよう整理整頓をしてほしい
------------------	---

作業療法士の能力の見立て

・調理については、高次認知機能や記憶の低下から一人ですべての段取りをすることが難しい。ただ単一課題の遂行をする能力があることから、誰かの指示の下、材料を切ったり、炒めたりをする能力があるものと考え。

そこで、段取りを助言したり、作業を促したりする支援があることで、本人の残存能力を生かした料理に参加できるものと考え。

・通所でも一緒におかずづくりを支援してくれるようなところがあれば、料理の手続き記憶の想起をさらに促すことができ、家での調理もスムーズになるのではないかと。

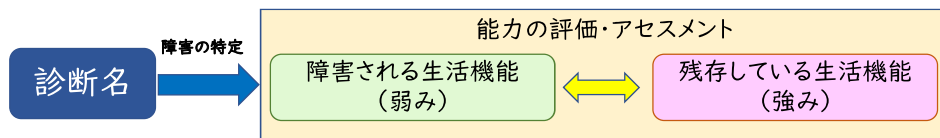
・整理整頓は本人の能力的に難しいことから、家族が理解し、一旦本人と整理した上で、整頓結果をラベリングし、その上で本人が継続できるようにする。

【作業療法士による能力のアセスメント】

	心身機能	活動と参加	環境因子
強み	・b122 元々あまりよくよするタイプではない。協調的	・d210 指示があれば単一課題は遂行できる。 ・d510～560 ADLはどのように出来ている。 ・d730～750 他者とのかわり合いは嫌ではない。	・e310 娘が車で15分のところに住んでいる。
弱み	・b114 見当識 ・b144 簡単なものは近所に買いに行っているようだが、同じものをいくつも買ってくる。 ・b140 アルタスクなどの注意機能の低下 ・b164 季節に合った服の選定が難しくなっている。調理の段取りや食材の保管場所も適切ではなくなっている。 ・b167 言語が単語レベルの入力、出力も困難になりつつある。 ・b176 エアコンやストーブのスイッチなど操作が分からない	・d630 調理が一人でできない。しかし、夫も調理の経験がない。	・e570 通所サービスを利用していない。 ・e310 これまでは夫は家事をしたことがない。これまで3回家から一時間のところに仕事に行っている。 ・e570 介護認定が要支援1

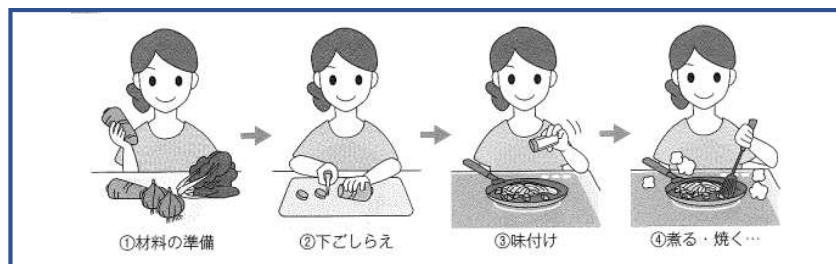
10

認知症の人の生活行為の自立に向けた介入



(例)調理の工程分析の概略図

引用: 谷川2024.1



できることができているか・どこからできないか

生活行為工程分析で支障となっている生活行為に対して介入（戦略）を実施

①環境調整 ②生活行為に対する反復練習 ③介護指導

本人ができるように環境を整えながら(視覚的な手がかり・シンプル化・工夫)見守りや声掛けのできる状況を考える。行為を繰り返すことで、できる行為をつなげる。

認知症高齢者を包括的に支援する医療・介護 職種的重要性

○原因疾患の診断＝機能の予後予測に有用
重症度の評価

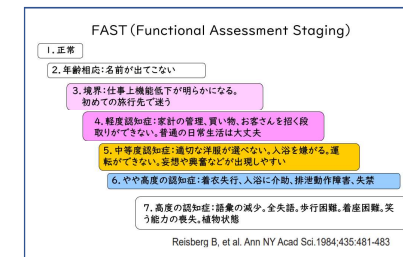
○認知症は経過の中でさまざまな身体合併を伴う
栄養障害とサルコペニア
 口腔・栄養～嚥下障害への対策
転倒のリスク

○多疾患（マルチモービディティ：Multimorbidity）

○認知症発症のリスクに対する観察
歩行速度と認知機能低下に伴って低下

※ADLは自立しているが、認知障害の自覚症状があり、歩行速度が遅い状態
(Motoric cognitive risk syndrome;MCR Verghese J 2013)

多面的にとらえる視点⇒リハビリテーション専門職の活用



転倒リスクの因子を事前に把握
認知症疾患(バランス機能)とその重症度
神経学的所見
+

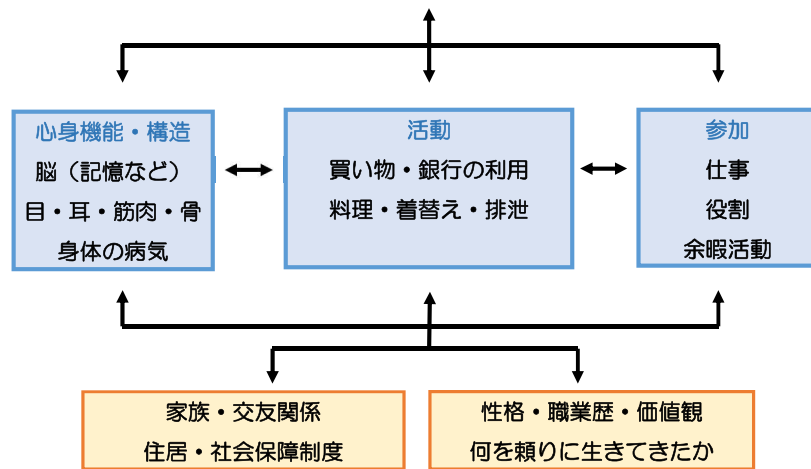
転倒歴・転倒恐怖感・歩行障害・運動障害・
視覚障害・尿失禁・不整脈疾患・起立性低
血圧・骨粗鬆症・骨関節疾患を含む合併症・
服薬状況・多剤服用・向精神薬の服用・障害
物(環境要因)等

9

11

認知症を生きること

認知症の進行 BPSDの悪化

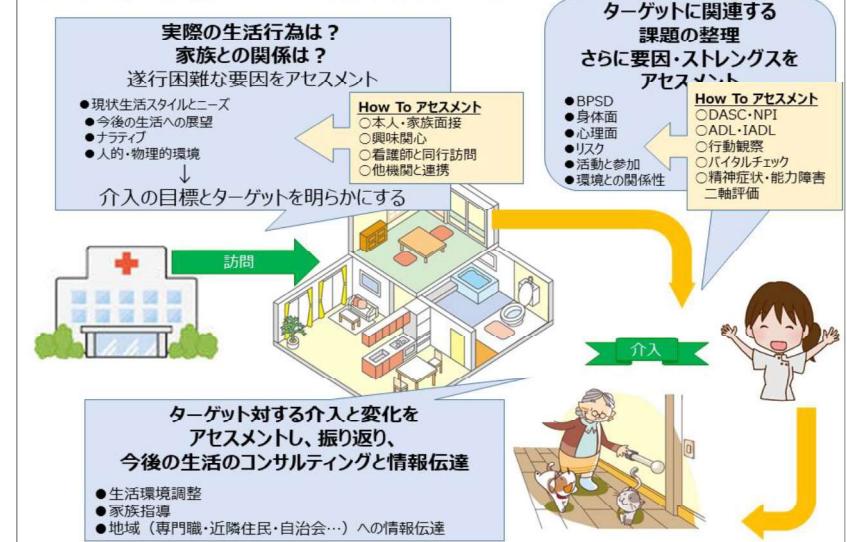


役割・生きがい・居心地の良さが大切

訪問による認知症のリハビリテーション研修
石川県立こころの病院 北村先生講義資料

認知機能や身体機能だけでなく、環境等も含めた総合的な視点

地域生活を継続するために必要な評価の流れ



(一社)日本作業療法士協会 認知症作業療法 評価の手引きより

12

中等度認知症の方のBPSDに対する支援 ～家族への心理的サポート～

Aさん、女性 80歳代 ●診断名：AD ●介護度：要介護2 ●介護保険サービス：訪問リハ(週1日)・訪問看護
家族構成：夫と二人暮らし(夫は自営業のため日中独居状態)
＜アセスメント＞HDS-R 8点、MMSE 12点、DBD 30/52点、J-ZBI_8 11/32点、脊椎側弯・円背あり

【課題】

- #1 頻回な電話行動のため、家族疲弊。
- #2 見当識障害、短期記憶障害顕著であり、常に緊張状態。
- #3 脊椎側弯、円背のため、近くの職場までも移動困難。

※1 家族としては自宅での生活継続を希望。

目的：ご本人の過活動に対して、家族の介護負担を軽減する
内容：問題点の分析と、家族への心理教育

- ① 頻回な電話に対して ⇒ 電話をかける時間帯と電話の内容を確認。電話の多い時間帯（夕方）に訪問看護・リハを提供。
- ② 家族への心理教育 ⇒ 頻回な電話行動を引き起こしている原因を一緒に解明。不安な気持ち、寂しい気持ちであることを共有。
- ③ 地誌的見当識障害に対して ⇒ 日々介入時の会話の中で現住所・出生地など盛り込みながら、時間の流れを現実に戻す。
- ④ 本人の不安等に対して ⇒ 不安の原因を追求。日中一人で居ること、問題解決能力の低下により常に緊張していることなどを把握してもらう。
- ⑤ 腰背部痛による歩行距離短縮に対して ⇒ T字杖を使用していたが、側弯の影響で疼痛が出現。両上肢支持で負担軽減を図るために、シルバーカーを導入。

結果

NPI 22→14点
Zarit 11→9点
MMSE 12→11点

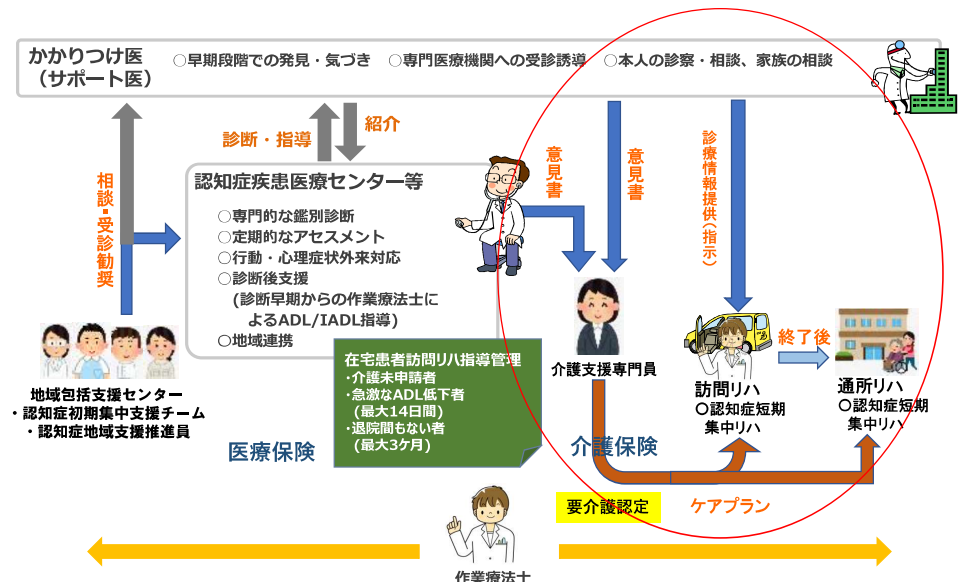
- 見当識障害、短期記憶障害のため、夕方に落ち着きがない。
- 疼痛出現に伴い、歩行距離短縮、閉じこもり傾向。
- 訪問時間帯の電話はなくなった。訪問日以外は、夕方前に家族から電話することで落ち着いていた。
- シルバーカー導入し、疼痛は軽減したが、定着には至らず。(使いたがらない)

- シルバーカーの使用法の定着化に繋がらず、日常的な使用が可能。
- 電話の頻度は大きく変わっていないが、電話の内容として混乱している様子が少なくなった。

(一社)日本作業療法士協会 認知症作業療法 評価の手引きより

13

訪問リハビリテーションによる認知症短期集中リハビリテーションの実施



15

1. (7) ② 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進

概要	【訪問リハビリテーション】
○ 認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションの実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】	
単位数	
<現行> なし	<改定後> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日（新設）
算定要件等	
○ 次の要件を満たす場合、1週に2日を限度として加算。（新設）	
・ 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。	

厚生労働省老健局「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」より

16

（留意事項より一部抜粋）

■本加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。

- ▶改善するのは「生活機能」
- ▶最大限でなくても、余裕をもった能力の活かし方で良い場合もある

■精神科医もしくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、訪問リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを行った場合に、1週間に2日を限度として算定できるものであること

- ▶「判断」難しい場合でも（本加算が算定できない場合でも）、「生活機能に困りごと」があるのであれば訪問リハビリの対象
- ▶1週間に3日の利用の際は、当加算は2日分のみ算定
- ▶退院後、短期集中加算の対象となる場合は、そちらでの算定も可能

17

介護支援専門員との連携

リハビリテーション専門職のアセスメントとケアプランとの連動

ケアプランの「生活全般の解決すべき生活の課題（ニーズ）」と連動			
生活行為の課題	心身機能	活動と参加	環境因子
アセスメント	リハビリテーション専門職の認知症の人の持てる能力のアセスメント ICFに基づく生活機能		
生活行為を行うための残存能力の要約			
支援計画	①環境調整 （物理的環境）	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 （家族・支援専門職等）
介入方針 （介入頻度、時間、実行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載）			
本人			
実施者	家族		
ケア提供者			
その他			
結果			

18

課題整理総括表

利用者名	A.B 総				作成日	/ /	
自立した日常生活の障害要因 （心身の状態、環境等）	①実行機能の低下により、調理困難 ④言語機能の低下から会話が低下した可能性	②同様、整理整頓困難	③同様、入浴要確認		利用者及び家族の生活に対する意向		
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 （ニーズ）【案】	※6
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	調理はメニューを考える、段取りをする。ガスコンロなどの操作をする。すべてに一人ではできない。しかし、野菜の皮をむく、切る、混ぜる、盛り付けるなどは見守りであればできる。	・段取りについて口頭指示を受けることで、本人がある程度料理をすることができると考え		2
食事	食事内容 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化		・見守り支援を受けながら、入浴により、清潔を保持してほしい。		3
排泄	排尿・排便 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化		・入浴についても、洗濯や洗体の促しがあれば、ある程度自分で行うことができる。		4
口腔	口腔衛生 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化		・整理整頓については、本人がすることが難しいこと、夫もわからないと言う。奥に相談し、娘と整理整頓する方向で検討する。		5
服装	服装 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・入浴はその実態が確認できていない。銭湯が主のため、入っている人の援助を受けている可能性がある。娘が入ったときは常に指示が必要だった。	・コラ教室をはじめ、人との交流など楽しさを続けたい		
入浴	入浴 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・洋服が部屋の隅に積まれている。また、本人の化粧品や文房具が床の上に散らばっており、夫はどうにかしたいと思っているが、どうしてよいかわからず困っている。	・日中一人の時、冷暖房など体調が悪くならないよう、安全に過ごしたい、もしくは通ってほしい。		1
更衣	更衣 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・言葉の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。	・夫や教室の人のサポートを得て、コラ教室を継続する。		
掃除	掃除 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・またコラ教室でもできないが、教室の人たちの受け入れは良好。本人も歌が好きで楽しみにしている。			
洗濯	洗濯 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・夫と二人暮らしで、夫の家事経験が浅いこと、家事について限界が来ている。			
金銭管理	金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
買い物	買い物 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
認知	認知 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
社会との関わり	社会との関わり 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
病状・皮膚の問題	病状・皮膚の問題 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD) 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
介護力（家族関係含む）	介護力（家族関係含む） 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			
居住環境	居住環境 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持	悪化	・服薬の機能が低下しつつあり、聞こえのままでとらえられやすくなる可能性がある。			

19

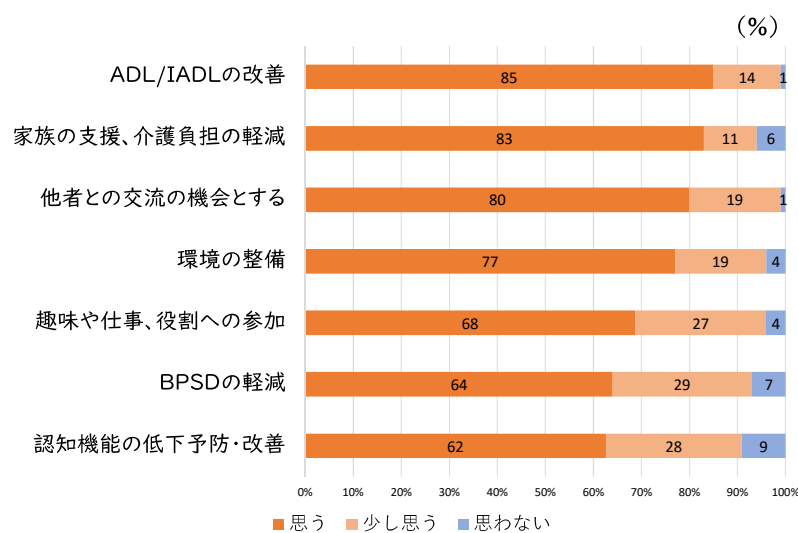
令和6年度老人保健健康増進等事業「認知症リハビリテーションの推進のための調査研究事業」
認知症のリハビリテーション実装検証事業 研修会
介護支援専門員アンケート

回答数:84 (河北都市地区:37 尼崎地区:47)

介護支援専門員としての 平均実務年数	11.8±6.0年 (1~25年)
平均担当者数	36.9±12.0名
うち、認知症の方	15.7±11.1名

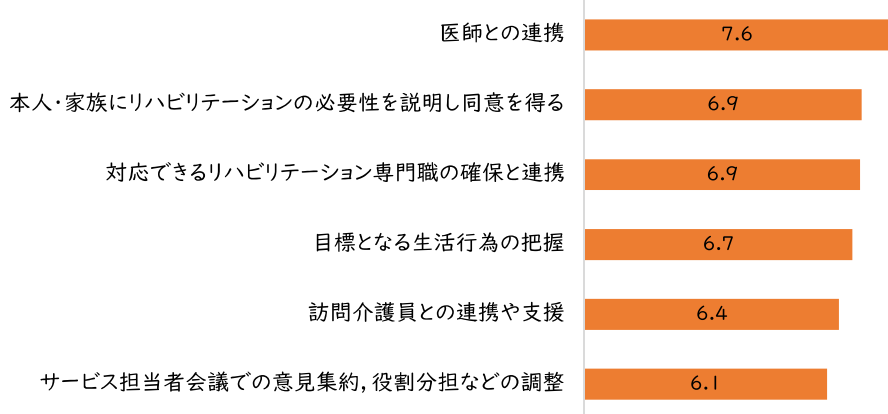
20

これまで認知症の方に、以下の目的でリハビリテーションの導入を検討しようと思ったことはありましたか



21

認知症リハをケアプランに入れる際の難しさの程度
(10段階で回答 10:課題である 1:課題ではない)



22

認知症リハをケアプランに入れる際の難しさ(自由記載)

本人・家族の同意に関して

- ・本人にリハビリの必要性が理解できないことが多い
- ・本人が自分が認知症と思わない
- ・利用料金を納得してもらえない
- ・説明がどこまで理解され、同意を得られるか?
- ・お金、他のサービスとの調整

生活行為の目標の把握

- ・1ヶ月に1回の訪問ではなかなかつかめない
- ・独居。認知症なら把握しづらい

リハ職の確保・連携

- ・どのリハビリテーションが良いか知識がない
- ・対応できる事業所の把握
- ・リハビリのサービスは主治医の書類が必要
- ・セラピストが認知症リハビリを理解しているのか
- ・何ヶ所かに尋ねたが、「実施予定はない」と言われた
- ・STが少ない
- ・日時や担当者を選べない

訪問介護との連携、導入

- ・一緒に行くと身体介護になるので費用は高くなる
- ・ヘルパー人材不足の中でヘルパーの時間的余裕がない
- ・サ責はよくてもヘルパーまで伝えるのが大変

サービス担当者会議

- ・あつまる時間調整がむずかしい

費用

- ・限度額内でのケアプラン、費用面の負担
- ・金額もかかる。限度額も意識する
- ・ただでさえ介護計画の理解が高くないのに、さらに...は難しい
- ・限度額管理、利用者の負担増大

医師

- ・リハビリに対する理解のある医師とそうでない医師がおられると思う
- ・訪問診療医以外の特に大きな病院は連携が難しい
- ・医師の意見が強い
- ・リハビリのサービスは主治医の書類が必要

23

認知症の人のリハビリテーションへの考え方（見かた）

- やりたいことを、やり続けられることがリハビリテーション
例）ガーディニングや料理が好きだから続けたい⇒できるようにする
⇒リハビリテーション
- 現状はあきらめさせられることが多い
- 自分で決めることも自立である
- 認知症の人のリハビリテーションは、生活の質の維持や向上をもたらす
- 認知症の人へのリハビリテーションは認知症を再構築することである
認知症を障害ととらえることが重要である。障害となると支援が受けられる

24

介護支援専門員へのメッセージ

介護支援専門員研修より

多職種の視点を取り入れたケアプランを！

きっかけをどう作っていくか。
これならできそうと考えたことを実践できるか。

いかに早期に介入し、日々の生活や活動の継続を支援できるか。
情報を最小限にし、混乱を防ぎ、安心した生活を送る。
状態や状況の変化していく中で、希望や意向も変わる。

認知症であっても役割を持って在宅生活を続けられるよう
ご本人を取り巻くスタッフや家族で積み重ねをしていきましょう。

作業療法士へのメッセージ

認知症リハビリテーションの実践が可能な作業療法士（事業所）
として実績を積み、地域で共有できるシステムを作ってきましょう！！

26

認知症の診断での**絶望、喪失感**から**前向き**に認知症をとらえ、
認知症とともに歩む

- 同じ経験を持つ人とつながり支え合う＝ピアサポートの人との出会い
- 認知症の人のできることを評価し、「こんなことをしたい、続けたい」
の希望を聴きリハビリテーションにつなげる専門職との出会いが必要
- やりたいことを、やれるようにする＝リハビリテーション
- リハビリテーションから認知症の再構築し、認知症とともに歩む人生
をよりよく、人生を取り戻したと認知症の人が思える
- 認知症の人のできることが維持・回復することは、家族の負担感へも
影響する。認知症の人の笑顔は家族の笑顔に。

25



お疲れさまでした。

