

## 令和5年度第1回認知症介護指導者フォローアップ研修

# 講義資料

目次		
最新の認知症介護知識～これまでのケアとこれからのケア教育～	加藤 伸司	19
最新の認知症介護知識～認知症の人の意思決定支援～	川崎 裕彰	30
最新の認知症介護知識～認知症医療の最新知識～	加知 輝彦	39
認知症介護における効果的な授業開発～実践者研修～	矢吹 知之	44
認知症介護における効果的な授業開発～実践リーダー研修・基礎研修～	阿部 哲也	70
認知症介護における人材育成方法～授業法～	上條 晴夫	97
認知症介護における効果的な授業開発～演習技法～	後藤 美香	99
最新の認知症介護知識～研修評価～	吉川 悠貴	125

# これまでのケアとこれからのケア教育

認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司

## 1. 認知症の人のとらえ方はどのように変わってきたのか

### 認知症当事者の呼び方の変遷

- |   |   |
|---|---|
| <p>医学(診断)的な呼び方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・痴狂 痴獣(重度)</li> <li>・痴呆(明治初期)</li> <li>    吳秀三がDementiaを翻訳</li> <li>・認知症(2004年)</li> <li>・神経認知障害(2013DSM5)</li> <li>・日本では「認知症」</li> </ul> | <p>一般的な呼び方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・蠢碌した老人</li> <li>・恍惚の人(有吉佐和子)</li> <li>・呆け老人、痴呆老人</li> <li>・痴呆性老人</li> <li>・認知症患者</li> <li>・認知症の人</li> <li>    ※全人格が認知症というイメージになるので不適切という意見もある</li> <li>・認知症と共にある人(Person with dementia)</li> </ul> |
|---|---|

### 認知症の人のとらえ方の変遷

- 【第1期:何も分からなくなった人】
  - ・隔離・収容・拘束・本人の能力を無視
  - 【第2期:精神の病気の人】
  - ・医療・治療対象・症状緩和・能力に関わらない  
○○療法など
  - 【第3期:介護の対象の人】
  - ・介護・生活支援の対象・能力の尊重
  - 【第4期:普通の人】
  - ・主体的に生きることへの支援
- 宮崎和加子「認知症の人の歴史を学びませんか」

## 2. 認知症ケアのこれまでとこれから

### ●認知症をめぐる社会状況と認知症ケアの変遷●

[老人福祉法制定以前 1800年代~]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・京都癡狂院認可(1872)その後いくつかの癡狂院を中心に認知症の人を処遇</li> <li>・精神病者監護法(1900)</li> <li>・Dementiaを「痴呆」と翻訳(1908)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症は人に迷惑をかける恥ずべき病気</li> <li>・私宅監置室における監禁や精神病院への収容</li> </ul>
[1960年代~1970年代(昭和35年~54年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本老年学会誕生(1959)</li> <li>・老人福祉法制定により特養等施設の体系化(1963)</li> <li>・家庭奉仕員派遣事業着手(1963)</li> <li>・敬老の日が定められる(1966)</li> <li>・有吉佐和子の「恍惚の人」が社会的話題に(1972)</li> <li>・老人医療費無料化(1973)により、全国に多くの老人病院が開設され、認知症の人の受け皿となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の介護は身体ケア中心の時代</li> <li>・認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たりのケアが行われていた</li> <li>・BPSDは問題行動と呼ばれ、ケアは対処的なもので、投薬、身体拘束などが中心</li> <li>・国立療養所菊地病院に認知症高齢者の専門病棟新設(CureからCareへの転換)</li> </ul>



[1980年代 (昭和55年～平成元年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ぼけ老人を抱える家族の会発足(1980)</li> <li>・ 「痴呆性老人処遇技術研修」が開始される(1984)</li> <li>・ 厚生省に痴呆性老人対策推進本部設置(1986)</li> <li>・ 社会福祉士および介護福祉士法制定(1987)</li> <li>・ 老人保健施設が本格実施 (1988)</li> <li>・ 老人性痴呆疾患治療病棟および老人性痴呆疾患デイケア施設の創設(1988)</li> <li>・ 老人性痴呆疾患センター創設(1989)</li> <li>・ 高齢者保健福祉10ヵ年戦略：ゴールドプラン (1989)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設等でレクリエーション活動が取り入れられるようになる。</li> <li>・ 徘徊などの周辺症状の背景や意味を考え始めるようになり、個別対応を模索するようになった時期。</li> <li>・ 研修として初めて痴呆性老人処遇技術研修が体系化</li> <li>・ 認知症ケアに有効な建築構造として回廊式が流行。</li> <li>・ その後環境の重要性が認識され始め、一部の先駆者達によるグループホームや在宅老所が試行的に始まった時代。</li> </ul>
[1990年代 (平成2年～平成11年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老人保健施設痴呆専門棟の創設(1991)</li> <li>・ デイサービスセンターE型の創設(1992)</li> <li>・ 「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進(1993)</li> <li>・ 在宅介護支援センターの法定化(1994)</li> <li>・ 高齢者保健福祉5ヵ年計画：新ゴールドプラン(1994)</li> <li>・ 国庫補助事業のグループホーム本格開始(1997)</li> <li>・ 日本看護協会認定「専門看護師」誕生(1996)</li> <li>・ 「認定看護師」誕生 (1997)</li> <li>・ ゴールドプラン21策定。認知症支援対策の推進 (1999)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 北欧諸国のグループホームが注目されるようになる (90年代前半)</li> <li>・ 認知症の人の環境に関する研究が活発に行われるようになる (90年代後半)</li> <li>・ 小規模化したケアの有効性が主張されるようになり、大型施設にもユニットケアが取り入れられ始める。</li> <li>・ 問題行動の用語に代わる「行動・心理症状(BPSD)」という概念が紹介される。</li> <li>・ キットウッドのパーソンセンタードケアという考え方が紹介され始める</li> <li>・ 役割のある生活や尊厳のある生活など、生活の質に目を向けたケアが模索されるようになる(90年代後半)</li> <li>・ 介護保険を前に様々なアセスメントツールが開発</li> </ul>

[2000年～2004年 (平成12年～平成16年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法施行(2000)措置から契約へ</li> <li>・グループホームが介護保険サービスに位置づけられる。</li> <li>・介護保険施設等での身体拘束が禁止され身体拘束ゼロ作戦が推進される(2000)</li> <li>・「ゴールドプラン21」痴呆性高齢者支援対策の推進が取り上げられる</li> <li>・成年後見制度施行(2000)</li> <li>・高齢者痴呆介護研究・研修センターの創設(2001)</li> <li>・痴呆介護実務者研修基礎課程、専門課程、痴呆介護指導者養成研修開始(2001)</li> <li>・日本痴呆ケア学会(現日本認知症ケア学会)誕生(2001)</li> <li>・グループホームのサービス評価制度開始(2001)</li> <li>・自己評価・第三者評価等の評価事業の本格稼働(2002)</li> <li>・個室・ユニットケアによる新型特養の推進(2002)</li> <li>・「2015年の高齢者介護」が報告される(2003) 高齢者ケアは認知症ケアが標準モデル</li> <li>・国際アルツハイマー病協会「第20回会議」が京都で開催(2004)</li> <li>・「痴呆」という名称が「認知症」に変わる(2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険導入に伴い、与えられるサービスから選べるサービスへ変化</li> <li>・介護保険により、認知症ケアは制度上でも重視される</li> <li>・現在の認知症介護実践者研修・実践リーダー研修・指導者養成研修の前身である、「痴呆介護実務者研修基礎課程」「痴呆介護実務者研修専門課程」「痴呆介護指導者養成研修」が全国一斉に始まる(2001)</li> <li>・認知症ケアは学会レベルでも重視されるようになる</li> <li>・トム・キットウッドの「パーソンセンタードケア」という用語が一般化し、認知症の人を中心にしたケアの考え方が広がり始める</li> <li>・バリデーションセラピーやディメンシア・ケア・マッピングなどが盛んに紹介されるようになる。</li> <li>・2004年10月に京都で開催された国際アルツハイマー病協会「第20回会議」では、国内外の認知症の当事者による講演が行われ、反響を呼ぶ</li> </ul>
[2005年～2009年 (平成17年～平成21年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「認知症を知り地域を作る10カ年」(2005)</li> <li>・「認知症サポーター100万人キャラバン」</li> <li>・「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」「認知症の人本人ネットワーク支援」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の当事者である人たちの「本人ネットワーク」、認知症の人の本人会議(2006)など、当事者による活動が活発化する</li> </ul>



<p>「認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進」などが展開されるようになる(2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケア学会認定「認知症ケア専門士」誕生(2005)</li> <li>・高齢者虐待防止法の制定(2006)</li> <li>・地域密着型サービス制定(2006)</li> <li>・小規模多機能型居宅介護の制度化(2006)</li> <li>・介護保険における新予防給付の創設(2006)</li> <li>・地域包括支援センター発足(2008)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人のためのアセスメントシートであるセンター方式が開発されるなど、新しいケアの流れが浸透し始める(2008)</li> </ul>
[2010年～2014年(平成22年～平成26年)]	
<b>社会状況</b>	<b>認知症ケアの流れ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症施策推進5か年計画：オレンジプラン(2012)</li> <li>・アメリカ精神医学会のDSM-5で、Dementiaの用語がNeurocognitive Disorders(神経認知障害)に変わる(2013)</li> <li>・認知症介護基礎研修開始(2014)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェが紹介され始める(2012)</li> <li>・2013年ころよりユマニチュードがブームになる</li> <li>・「日本認知症ワーキンググループ」が発足(2014)</li> </ul>
[2015年～2019年(平成27年～平成31：R元年)]	
<b>社会状況</b>	<b>認知症ケアの流れ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症施策推進総合戦略：新オレンジプラン(2015)</li> <li>・国際アルツハイマー病協会「第32回会議」が京都で開催(2017)</li> <li>・認知症施策推進大綱発表。認知症基本法の動き(2019)</li> <li>・認知症本人の方々を認知症に関する普及啓発を行う「希望大使」として任命(厚労省2019)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェ全国に650カ所(2015)</li> <li>・日本認知症ワーキンググループによって、「認知症の本人からの提案」が厚生労働省老健局長に提出(2016)</li> <li>・認知症の当事者達による講演や、学会などでの特別講演などが増え、当事者達による運動が広がりをみせている</li> <li>・認知症カフェ全国に7,023カ所(2018)</li> </ul>
[2020年(令和2年)～]	
<b>社会状況</b>	<b>認知症ケアの流れ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症介護基礎研修受講義務化(2021)(基礎研修の完全eラーニング化)</li> <li>・認知症基本法成立(2023)</li> <li>・認知症修飾薬レカネマブ認可(2023)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナの影響で、様々な制限(2020)</li> <li>・認知症カフェも休止が相次ぐ</li> <li>・「認知症の人と家族への一体的支援事業」が地域支援事業に位置付けられる(2022)</li> </ul>



### 3. 認知症介護教育に関する全国的な研修システム

- 1984年（昭和59年）

#### 「痴呆性老人処遇技術研修事業」

各都道府県・政令指定都市に痴呆性高齢者を多数処遇している特養を県1，市1単位で指定。管内施設のケアワーカーを対象に実践的研修を始める。

・・・・・・・・・・ 約15年が経過して

- \* 2001年（平成13年） 全国研修開始\*

- ・痴呆介護実務者研修（基礎過程・専門課程）
- ・痴呆介護指導者養成研修

→ その後認知症介護実践者研修、リーダー研修、指導者養成研修に・・・

### 4. 認知症ケアの歴史

#### (6) 認知症ケアの歴史とパーソンセンタードケア

第1の段階：オールド・カルチャー (old culture)	第2の段階：ニュー・カルチャー (new culture)
認知症を治らない病気としてとらえ、正確な診断と医療的な認知症ケアが中心だった時代。様々な行動を問題ととらえ、その対応を重視した時期。	認知症への関わり方を重視し、本人の苦しみや不安、周囲の人に何を求めているのかを知り、それに応えていくことの大切さに気づいた時期。

Culture とは、単に文化という意味だけではなく、社会の風潮や組織風土などを含む広い概念。

### 5. これまでの認知症ケアの問題点

#### (問題対処型のケアを行ってきたこと)

- 認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たりのケアを行ってきたこと。
- 徘徊、妄想、攻撃的言動などを問題ととらえ、その問題に対する対処を中心に考えてきたこと
- 認知症高齢者の行動だけを見て、その原因や行動が起こる背景を考えずに対処してきたこと

### 6. 認知症の人のとらえ方とこれからの認知症ケア

#### ●認知症の人の「認知症」と「人」を理解する

##### 1) 「認知症」を理解すること

- ・脳の障害によって起こる病気を理解する（専門職として必須の知識）
  - ①原因疾患の特徴を理解する（原因と臨床的特徴）
  - ②原因疾患別のケアのあり方を理解する

## 2) 「人」を理解するということ

- ・性格傾向の理解：気質、能力、対処スタイル
- ・生活歴の理解する：本人の人生の歴史を理解する（物語を理解する）
- ・健康状態・感覚機能（視力や聴力等）の理解
- ・その人をめぐる社会心理学的状況の理解：社会との関わり、人間関係のパターン

### 【パーソンセンタードケアの基本的な考え方】(T.Kitwood)

- ・疾病や症状ではなく、生活個体を対象にしたアプローチに重点を置く考え方
- ・サービス提供者側が選択するのではなく、利用者を中心にして選択するケア
- ・Personhood：本人の自分史、本人の物語をケアの中心に置く内的体験を聴くことにケアの原点を置く考え方

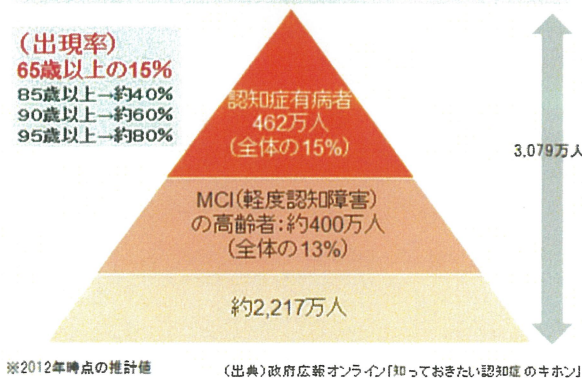
\* 認知症だけをとりえるとケアの限界が見える。人ととりえるとケアの可能性が広がる

## 3) 目的や原因対処型のケアを行うこと

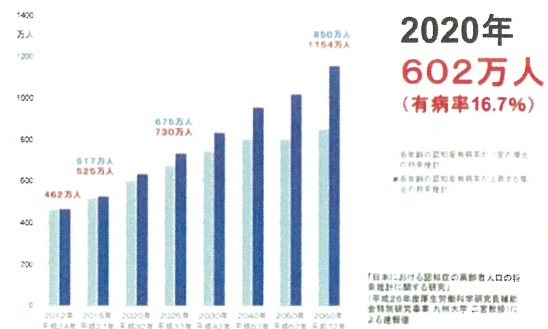
- 徘徊、妄想、攻撃的言動などがおこる原因や背景を考え、その原因や本人なりの目的に対応したケアを考えていくこと。
- 現実世界での対処を考えるのではなく、認知症高齢者の内的世界を理解し、その世界の中で安心できるような対応を考えること。

## 7. 明らかになった認知症高齢者の実態

### 高齢者における認知症の現状(厚労省)



### 認知症の将来推計





## 8. 気になるMCIの存在

### ●Mild Cognitive Impairment (MCI)

本来アルツハイマー病 (AD) など認知症とはいえないが、知的に正常ともいえない状態を指す。最近ではアルツハイマー型認知症の前駆状態を意味する用語と捉える人が多い。

## MCIの考え方

Petersen らの定義(1996)	臨床・認知機能面からの診断基準
<ul style="list-style-type: none"> <li>・主観的なもの忘れの訴え</li> <li>・年齢に比し記憶力が低下(記憶検査で平均値の1.5 SD 以下)</li> <li>・<b>日常生活動作は正常</b></li> <li>・全般的な認知機能は正常</li> <li>・認知症は認めない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本来の認知機能レベルから低下していることが本人, 周りの人, 医師から申告される.</li> <li>・記憶など, 1つ以上の認知領域での障害があることが客観的に示される.</li> <li>・<b>生活機能が自立している.</b></li> <li>・認知症とはいえない.</li> </ul>

※認知症との違いは、日常生活が自立しているかどうか

## MCI 4つのタイプ

記憶障害のある健忘型		記憶障害を認めない非健忘型	
①健忘型MCI (Amnesic MCI)	②健忘型MCI (Amnesic MCI)	③非健忘型MCI (Non-amnesic MCI)	④非健忘型MCI (Non-amnesic MCI)
単一領域の認知機能障害があるタイプ (Single Domain)	複数領域の認知機能障害があるタイプ (Multiple Domain)	単一領域の認知機能障害があるタイプ (Single Domain)	複数領域の認知機能障害があるタイプ (Multiple Domain)
<p>アルツハイマー型認知症(AD)の前駆状態の大部分は健忘型MCIに含まれる。またうつ病は記憶障害、注意障害、逆行機能障害などを認める場合があり、健忘型の一因である。</p>		<p>前頭側頭型認知症(FTD)は言語機能あるいは逆行機能の障害で発症しやすいこと、またレビー小体型認知症(DLB)の初期には注意障害と視空間認知障害をしばしば認めることから、それぞれ非健忘型MCIの代表的な下人疾患に挙げられる。</p>	

### ●MCI から認知症への移行

- ・MCIを放置すると1年間で10%~15%、4年間で約50%の人が認知症を発症する。
- ・一方認知機能が正常化する「リバート」は年間で10%~40%であり全体の20%~30%の人は回復する。
- ・認知症になってからではなくMCIの段階で診断するメリットは、本人が病気のことをよりきちんと理解できるという点。個人差はあるが、病気を受け止められると、予防に取り組む意欲につながりやすい(本間昭)



## 9. 若年認知症の最新の調査

### 若年認知症調査の比較

順位	3,78万人(朝田2009)		3,57万人(粟田2020)	
1	血管性認知症	39.8%	アルツハイマー型認知症	52.6%
2	アルツハイマー型認知症	25.4%	血管性認知症	17.0%
3	頭部外傷による認知症	7.7%	前頭側頭型認知症	9.4%
4	前頭側頭型認知症	3.7%	頭部外傷による認知症	4.2%
5	アルコール性認知症	3.5%	レビー小体型認知症	4.1%
6	レビー小体型認知症	3.0%	アルコール性認知症	2.8%

いずれの調査でも若年認知症は男性に多い。  
2020年度調査の推定値が低いのは、65歳未満人口の減少によるもの。  
※若年認知症は、認知症全体の0.6%

(朝田2009)「若年性認知症の発症と対応の基盤整備に関する研究」報告書  
(粟田2020)「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システム」報告書

### 認知症の原因疾患別割合

順位	高齢期の認知症 (朝田2013)		若年認知症 (粟田2020)	
1	アルツハイマー型認知症	67.6%	アルツハイマー型認知症	52.6%
2	血管性認知症	19.5%	血管性認知症	17.1%
3	レビー小体型認知症	4.3%	前頭側頭型認知症	9.4%
4	前頭側頭型認知症	1.0%	頭部外傷による認知症	4.2%
5	その他・未診断	7.6%	レビー小体型認知症	4.1%

高齢期の認知症も若年認知症もアルツハイマー型認知症が最も多く、次に血管性認知症の順になっている。  
若年認知症では、前頭側頭型認知症が3番目、頭部外傷が4番目に入っているのが特徴。

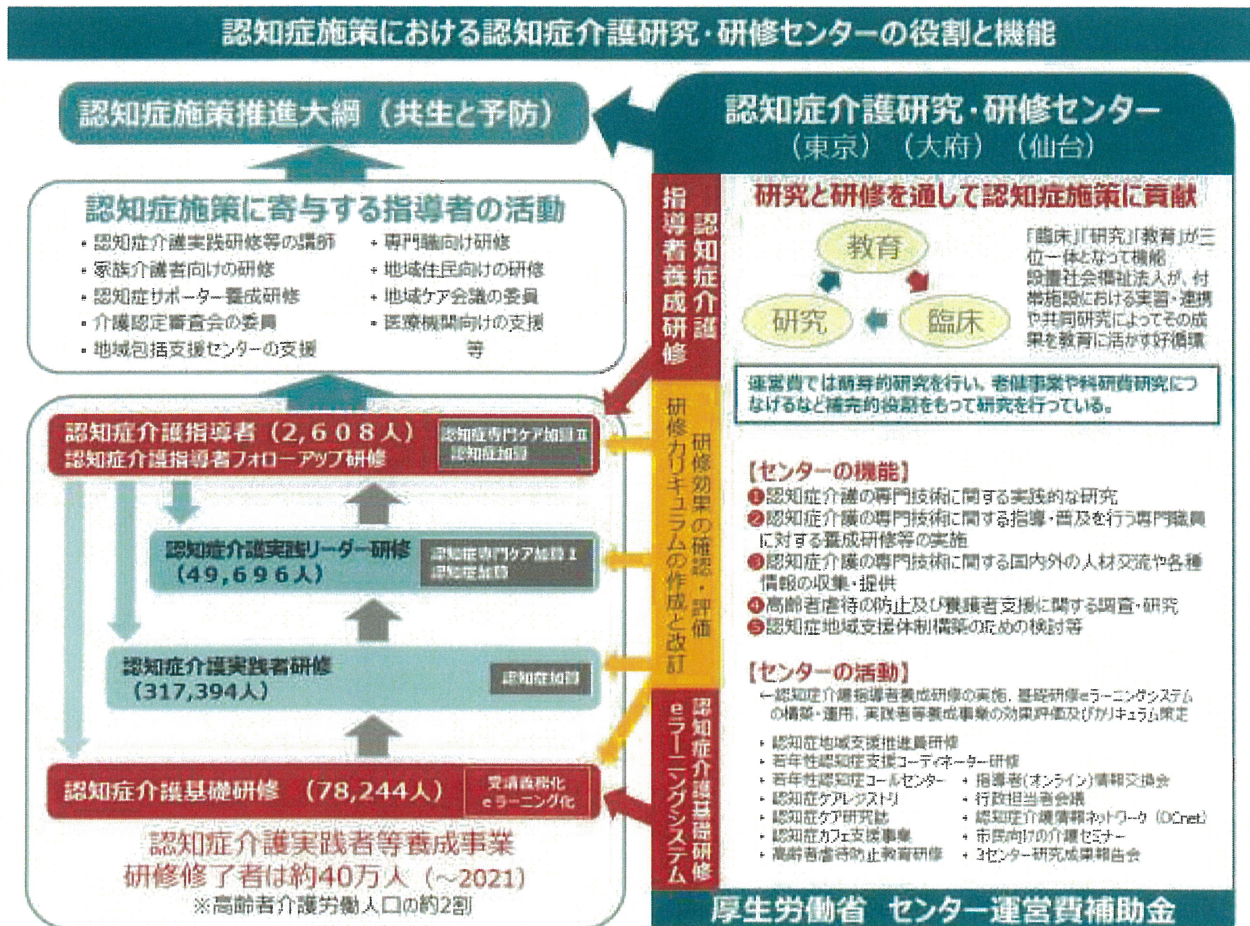
(朝田2013)「縣市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書  
(粟田2020)「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システム」報告書

2009年の朝田の推計値は、3.78万人であったが、2020年の粟田の推計値は3.57万人。

- ①最初に気づいた症状はもの忘れ(66.6%)とともに、職場や家事などでのミス(38.8%)が多い
- ②約6割は発症時点で就労していたが、そのうち7割が調査時点で退職している。
- ③約6割が世帯収入の減少を感じており、主な収入源は約4割が障害年金、約1割が生活保護
- ④約3割は介護保険の申請をしていない



認知症介護における人材育成 (2021 : R3 年度までの実績)



## 認知症介護研修の修了者

(平成13年度から令和3年度まで)

- 指導者研修修了者……………2,608人
- 実践者研修修了者 (旧基礎課程を含む)……………317,394人
- 実践リーダー研修修了者 (旧専門課程を含む)……………49,696人
- 認知症介護基礎研修修了者…78,244人
- 合計447,942人**

● **指導者が養成した実践者とリーダー** ……**367,090人**

※介護職員数(2019:R1) 約211万人の **2割程度(21.2%)**

## 1 1

### 1.1 認知症の普及啓発（認知症サポーター養成研修）

\*サポーターは、2023年6月30日現在で14,645,915人（含むメイト：176,020人）

（国民の10人に1人は認知症サポーター）

10代以下が最も多く26.9%であり、次に多いのは70代以上の19.6%

20代までのサポーターは35.7%、60代以上のサポーターは34.9%であり、サポーターの7割は20代以下と60代以上となる。

女性はサポーターの6割以上であり、すべての年齢層で女性が多い。 ※2022（R4）年

## 1 2. 認知症介護研修体系の確立を目指して

### ●痴呆介護実務者研修基礎課程、専門課程、痴呆介護指導者養成研修開始(2001)

### ●その後カリキュラム改訂により、認知症介護実践者研修、実践リーダー研修に名称変更

### ●平成 25（2013）年度 （老人保健事業）

効果的な人材育成の在り方に関する調査研究事業（日能研）

実践者研修、実践リーダー研修の実施日数、内容の改変、シラバスの欠落などの課題が明らかになる

### ●平成 26（2014）年度 （老人保健事業）

実践研修、指導者研修のあり方およびその育成に関する調査研究事業（3センター研究）

- ・これまでの認知症介護実践研修のカリキュラムの見直しとシラバスの作成。
- ・新カリキュラムの早期実現に向けたフォローアップ研修の実施

### ●平成 27（2015）年度 （老人保健事業）

認知症介護基礎研修、実践研修等のあり方に関する調査研究事業（仙台センター研究）

- ・基礎研修のeラーニング研修の開発、集合研修とのモデル研修の実施
- ・実践研修の新カリキュラムによる実施を促すための研修方法および研修評価方法を検討

### ●平成 29（2017）年度 （老人保健事業）

認知症介護従事者に対する研修の効果的な実施方法及び評価に関する調査研究事業（仙台センター）

- ・基礎研修eラーニングの実施状況を踏まえて課題と対策を検討
- ・実践研修・指導者養成研修へのeラーニング導入方法の検討

### ●平成 30（2018）年度 （老人保健事業）

認知症介護従事者に対する研修の効果的な実施方法及び評価に関する調査研究事業（仙台センター）

- ・基礎研修eラーニングの実施状況を踏まえて課題と対策を検討
- ・実践研修・指導者養成研修へのeラーニング導入方法の検討



●令和元(2019)年度 (老人保健健康事業)

認知症介護従事者に対する研修の効果的な実施方法及び評価に関する調査研究(仙台センター)

- ・認知症介護研修におけるeラーニング導入課題の把握と導入方法の検討

●令和2(2020)年度 (老人保健健康事業)

認知症介護基礎研修の効果的な実施方法に関する研究事業(仙台センター)

- ・基礎研修体制の確立と教育コンテンツの改訂による受講率向上を図る

認知症介護指導者養成研修等のアウトカム評価に関する調査研究事業(仙台センター/3センター)

- ・実践者研修・実践リーダー研修のアウトカム評価のための施設・事業所調査の実施(4,824か所)
- ・指導者の活動実態調査及び活動好事例の収集(指導者2,298名)
- ・研修の効果(アウトカム)や意義を整理し、その周知を目的とした冊子の作成

●令和3(2021)年度 (老人保健健康増進事業)

外国人介護人材の認知症介護基礎研修の学習支援に関する調査研究事業(仙台センター)

- ・外国人介護人材を対象とする認知症介護基礎研修における日本語版eラーニングシステムを開発
- ・eラーニング用補助教材の開発
- ・認知症介護基礎研修eラーニング事業の運用課題と方向性の検討

・・・・・・・・認知症ケアの質の向上を目指して

# 認知症の人の 意思決定支援について

公益財団法人 東京都福祉保健財団  
人材養成部 福祉人材養成室  
東京都高齢者・障害者権利擁護支援センター  
専門相談員 川崎裕彰（社会福祉士）

1

## 意思決定支援に関する皆さまへの期待

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（以下、ガイドライン）

- 研修実施：都道府県・指定都市15.2%
- 内容：ガイドライン57.1%（ACP57.1%、最終段階42.9%）
- 教材：ガイドライン研修（教材等）一部使用75.0%
- 研修企画立案等相談先：認知症介護指導者養成研修修了者等
- 課題：「日頃から認知症に関わる専門職は意思決定支援を意識してはいるものの、基本から学ぶ機会が少ないためガイドラインが認識されづらいことが課題」
- 意見：「定期的に学び直し、認知症に関わる専門職が共通理解していくことが大切」
- 背景：「自治体として、意思決定支援や権利擁護にかかる課題意識があった」（49.2%）

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの普及・定着に向けた調査研究事業 報告書（令和4年3月）合同会社HAM人・社会研究所より引用

2

## 本科目の内容

- 個人ワークと発表による共有を予定しています
- 積極的なご参加をお願いいたします

- はじめに
- 意思決定支援の必要性
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について
- まとめ

3

## 認知症の人の「決める」場面で支援をしたことがありますか？

### 日常生活

- 例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等

### 社会生活

- 例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等

どのような工夫や配慮をしましたか？

4

## ガイドラインの背景

- 我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要
- このことは認知症の人についても同様

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

5

## 意思決定支援の必要性

6



## 支援を受ける高齢者の置かれがちな状況

- (1) 喪失体験によるセルフエスティーム（自己肯定感）の低下
  - ・「自分を大切に」に思いにくく、目標を持ちにくい（「居場所」のない思い）
- (2) 「介護・支援を受けなければ生活できない」という場合のパワーインバランスの中での生活
  - ・「遠慮」「気兼ね」「諦め」を持ちやすい
  - ・主張を大切にされにくい（エイジズム）
- (3) 介護保険制度は「契約」によって利用するサービス
  - ・サービスの利用に多くの情報・選択肢・契約を必要とする
  - ・サービス内容が複雑でわかりにくい

7

## 認知症の人の意思決定の難しさ

認知機能障害により意思決定が難しい場合がある

- 記憶障害**：必要な情報の記憶が難しい
- 実行機能障害**：見通しがたてづらい
- 複雑性注意の障害**：集中が難しい
- 言語障害**：言葉の理解が難しくなる
- 社会的認知**：表情や場の雰囲気がかみにくい

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活-社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用

8

## 自己決定（Self-determination）と意思決定支援（Supported decision making）

- ・「自己決定」は本人の持つ権利【自己決定権】である。
- ・自己決定権は、憲法における**基本的人権**の一つ。
- ・どんなに判断能力が低下しようとも、**本人には「意思」がある**。
- ・本人の意思決定を、**他者が支援することは、本人の自己決定権を侵害**することとなる。
- ・支援者が支援することは、本人の権利を侵害するという意識を持ち、**必要最小限の範囲に留める**ことが重要。

9

## 意思決定に関する各種ガイドライン

策定年	ガイドラインタイトル	発行
H29.3	「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン」	厚生労働省社会・援護局
H19 (H30.3改訂)	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」	厚生労働省
H30.6	「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」	厚生労働省
R1.5	「身寄りがいない人の入院及び医療にかかる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」	「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班
R2.10.30	「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」	意思決定支援ワーキング・グループ <sup>※</sup> <small>※最高裁判所、厚生労働省及び専門職団体（日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート及び公益社団法人日本社会福祉士会）</small>

10

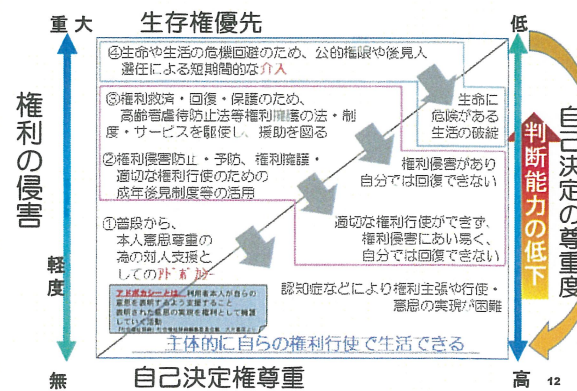
## 意思決定に関する各ガイドラインが示す、意思決定支援のポイント

- ・自己決定の尊重に基づき行うことが原則である
- ・まずは、本人の表明した**意思・選好を確認**する
- ・本人の**意思は、変化し得るものである**
- ・本人の**意思を繰り返し確認**する
- ・**チームで継続的に**取り組んでいく
- ・その都度**記録を残す**

他者による本人への「意思決定支援」は、本人の**自己決定権をできる限り侵害しない形で、他者が本人の権利を守るという介入手法**

11

## 権利擁護の全体像

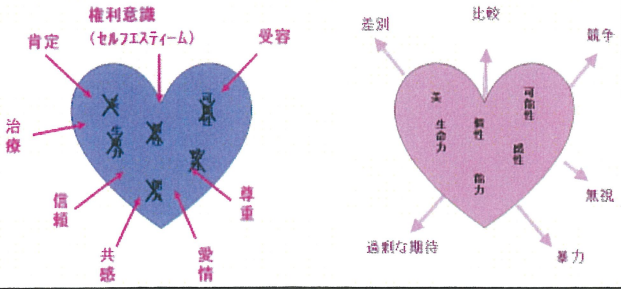


12



# エンパワメントとは・・・

本来のわたしが傷ついてしまっている状態 (痛み、諦め、遠慮など) → **エンパワメント** → 本来のわたしが回復された状態



13

# 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について

14

## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

### 趣旨

意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。

意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要  
平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

15

## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

### 基本事項

**誰のため** 認知症の人

(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)

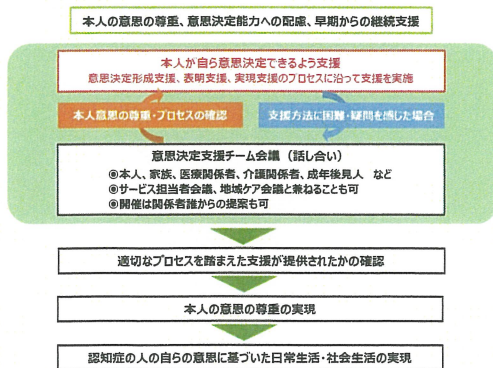
**誰による** 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人 (意思決定支援者) 例えは、専門職種、行政職員、家族、成年後見人、地域近隣において見守り活動を行う人、本人と接し本人をよく知る人等

**支援とは** 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの (意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要  
平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

16

## 意思決定支援ガイドラインの概念図



認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修一認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストの引用

17

## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

### 【基本原則】

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要  
平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

#### 意思の尊重

- 個人の能力で理解できるように**説明**
- 表明した意思・**選好の尊重**

#### 意思決定能力への配慮

- 本人には**意思**があり、**意思決定能力を有する**という前提に立つ
- 保たれている**能力を向上させる働きかけ**を行う

#### チームによる支援

- **継続的に支援する体制**
- 本人の意思の**繰り返し確認**、理解・過程・判断についての**チェック**

18

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの概要 平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

**【プロセス】** 記録、確認、振り返りを行う  
疑問が生じたときはチームでの会議の併用・活用

人的・物的環境の整備（意思決定支援者の態度・信頼関係・立ち会う者との関係性への配慮・環境）

意思**形成**支援（適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援）  
+  
意思**表明**支援（形成された意志を適切に表明・表出することへの支援）  
+  
意思**実現**支援（本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援）

19

## 本人の意思の尊重

- ◎自己決定を尊重
- ◎本人の表明した意思（意向や選好）の確認・尊重から始まる
- ◎支援者の目線で評価をし、支援するかどうかを決めるのではない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用

20

## 認知症の特性への配慮

- ・ 決定する上で必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明する必要
- ・ 言語による表示だけでなく、身振り手振り、表情の変化も読み取る
- ・ 認知症の人が抱える困りごと（覚えにくい・展開が予想しにくい等）に、メリット・デメリットを分かりやすく、具体的に伝えることが大事

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用

21

## 意思決定支援を実際にするには

大版意思決定支援研究会メンバー・久岡美樹弁護士作成スライドより引用、池田改定

22

## 重大な影響が懸念される場合

以下の視点で検討する

- ◎ 明らかに不利益を生じる
- ◎ いったん発生すると回復が困難な重大な影響がある
- ◎ 問題の発生に蓋然性がある

例)

- ▷ 本人が基本的な日常生活も維持できない場合
- ▷ 財産の処分の結果、日常生活が維持できない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用

23

## 認知症の段階への配慮

- ・ 意思決定能力を有することを前提に支援する
- ・ 本人の保たれている認知能力等を向上させるサポート・働きかけを行う

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用 一部改定

24



## 意思決定能力(1)

### ◎現存能力への配慮が重要

認知症の状態だけではなく、社会心理的、環境的、医学身体的・精神的・神経学的状態に変化する

### ◎支援者の支援能力によっても変化：

本人の認知能力だけではなく、適切な支援を検討・選択することが重要

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン—テキストより引用

25

## 意思決定能力(2)

### 4つの観点から検討する

- ▶理解する力  
... 説明の内容をどの程度理解しているか
- ▶認識する力  
... 自分の事として認識しているか
- ▶論理的に考える力  
... 論理的な判断ができるか
- ▶選択を表明できる力  
... 意思を表明できるか

### 2つの領域の情報を収集する

- ▷認知機能、身体・精神の状態に関する情報
- ▷生活状況等に関する情報（日常生活でどれくらいできているのか、支援を使うことはできているのか、など）

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン—テキストより引用

26

## 評価と支援の一体化

◎意思決定能力の評価の目的  
本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのがよいかを評価し、適切な意思決定支援を提供するため

◎「決められる」「決められない」を判断するため、ではない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン—テキストより引用

27

## 意思決定支援のプロセス

### ・意思形成支援

- 必要な情報が説明されているか
- 分かりやすい言葉や文字、図、表などにして、ゆっくりと説明しているか
- 開かれた質問の活用、理解度の確認、特性に合わせて都度説明しているかなど

### ・意思表明支援

- 重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示しているか
- 本人の意思を表明しにくくしている要因はないか（環境・焦り）など

### ・意思実現支援

- 本人の能力を最大限活用しているか（体験を経て意思の変化が生じる場合も）
- 多職種で協働し、利用可能な社会資源を用い、あるいは開発して、日常生活・社会生活の有り方に反映させているか

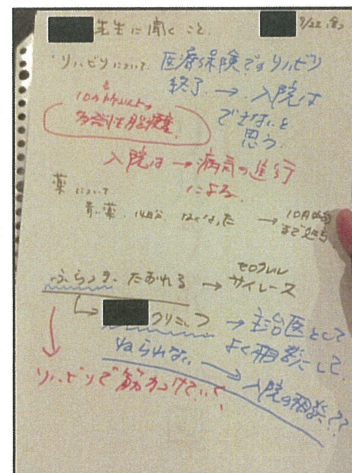
厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」p6-10より引用 一部改変

28

## 手元板書

ファシリテーション  
グラフィック  
意思決定支援

29



### 意思決定支援

「入院してリハビリを続けたい」

「ふらつく」

筋力低下、眠剤

30



**意思決定支援**

退院後の生活に向けた体制構築

希望・心配

項目と優先順位・手順

妥協

31

**意思決定支援**

サービス利用開始時

32

**意思決定支援**

情報提供場面

「自宅に帰りたい」  
VS  
生命のリスク

33

**意思決定支援**

症状増悪後

在宅再開

食事・水分・服薬管理体制の再構築

34

**意思決定支援**

何でもやってくれる知人

成年後見制度説明

つなぐ支援

35

**グラフィッカーのポイント**

- **ペン**の色の使い分け
  - (黒) 基本情報
  - (青) 気になる情報や変動する情報
  - (赤) 決定情報や注目する情報
  - (緑) 異質な情報※経済状況など
- **注意点**
  - 議論が見えるように書いたら消さない
  - 常に見えるように配置
  - アンダーラインや丸で囲む
  - 「」や吹き出しなどでの強調することも有効

36



## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

### プロセスにおける家族

<p>家族がチームの一員になることが望ましく、その家族にも必要な情報を丁寧に説明する必要がある</p>	<p>本人の意思と家族の意思が対立する場合は、その家族としての悩みや対立の理由・原因を確認した上で、提供可能な社会資源等について調査検討し、そのような資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討する</p>	<p>家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、<b>家族が不安を抱かないように支援</b>をすることが必要である</p>
---	---	--

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要 平成30年11月30日厚生労働省高齢者健康増進課認知症施策推進室資料を研究して作成

37

## 高齢者にとっての家族

「高齢者」と「家族」は、「成人」と「成人」の関係

家族が高齢者の意向を無視して、当然のように本人のことを決めていい[権限]は、法的にはない

「**無権代理**」状態の家族が多い（成年後見人は法的代理人）

介護保険サービスの契約の多くが、家族によって行われているように見える。

しかし、被保険者が高齢者本人であるので、あくまでもサービス利用の**契約者は「本人」**である。

家族はサービス利用の契約者ではない（「代筆」「代行」）

高齢者

本人にとっての「尊厳の保持」、そのための**家族支援**

本人理解のために欠かさない存在（本人にとって良いことをしてくれる人、本人の大切な人への支援）という視点での関わりが重要

38

## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

### 日常生活・社会生活における意思決定支援

<p>日常生活における意思決定支援は、これまで<b>本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重</b>することが原則になる</p>	<p>社会生活における意思決定支援は、どのようなケアサービスを選ぶか、更には自己の財産を処分する等が想定される</p>	<p>本人の示した意思を日常生活・社会生活に反映した場合に、<b>本人にとって見逃すことのできない重大な影響が生ずる場合は</b>、意思決定支援チームで話し合うことが必要である</p>
--	---	--

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要 平成30年11月30日厚生労働省高齢者健康増進課認知症施策推進室資料を研究して作成

39

## 様々な場面での意思決定支援

### 日常生活

- 例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等
- 生活史や価値観が強く反映される
- 過ごしてきた生活が確保されることを尊重
- 意思決定支援チームで、情報を集め・共有し、**意思（意向や好み）**を理解する
- 手段で補える部分を優先して検討する

### 社会生活

- 例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等
- 本人にとって見逃すことができない重大な影響が生じる場合、適切な支援のプロセスを踏まえているか、十分な判断材料を得た上で検討する
- 意思決定支援チームの活用
- プロセスで話し合った内容は、都度記録を残す

40

## 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

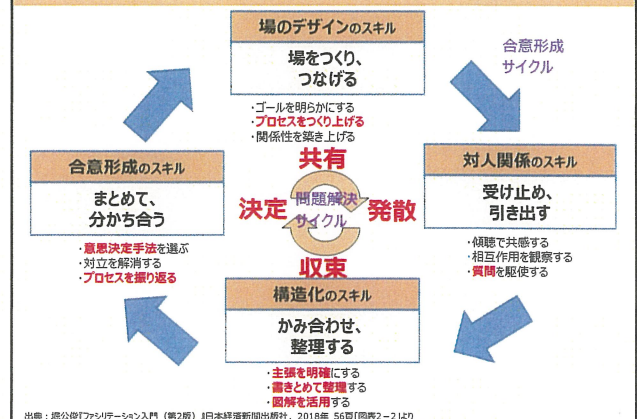
### 意思決定支援会議

<p>本人の<b>意思決定能力の判定</b>、また、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に、<b>他者を害する恐れがあったり、本人にとって見逃すことのできない重大な影響が生ずる場合には</b>、チームで情報を共有し、共同して考える</p>	<p>意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能であり、<b>意思決定支援会議では、原則として、本人の参加が望ましい</b></p>	<p>専門職種や行政職員等は、適切な意思決定プロセスを踏まえた支援を提供するとともに、<b>提供の過程や結果をモニタリング・記録し、評価を適切に行い、質の向上につなげる役割がある</b></p>
---	---	---

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要 平成30年11月30日厚生労働省高齢者健康増進課認知症施策推進室資料を研究して作成

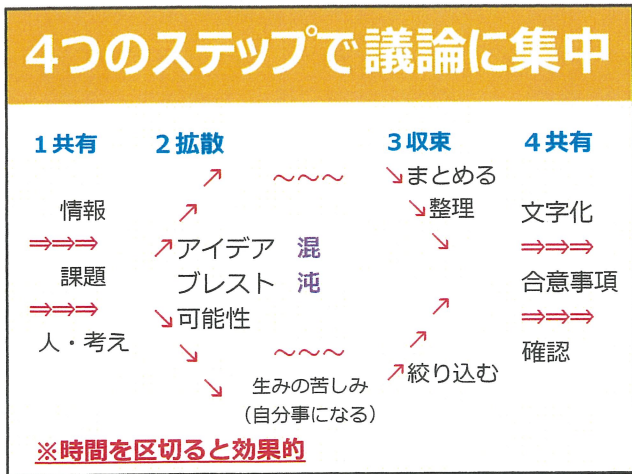
41

## ファシリテーションの4つのスキル

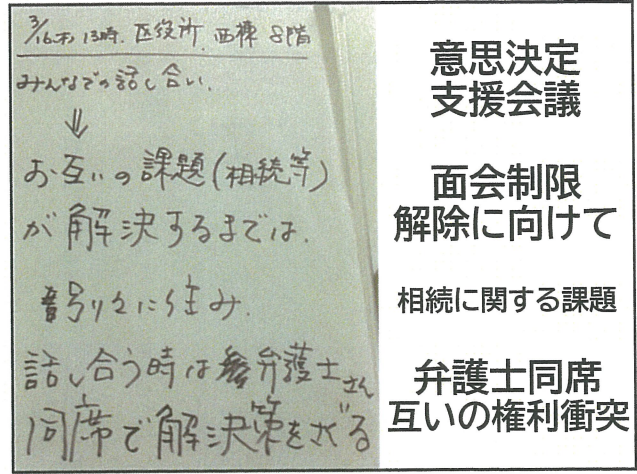


42

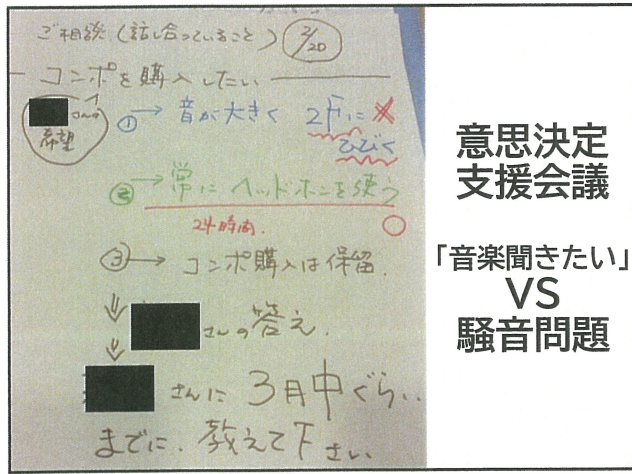




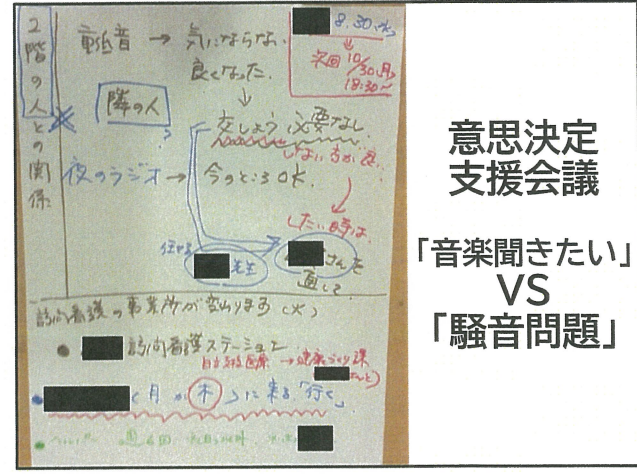
43



44



45



46

### 意思決定支援会議※と本人の参加

※意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合い

- ◎ 本人も参加することが望ましい
- ◎ 確認は繰り返しおこなう
- ◎ 事後の振り返りをする  
(体験して意思が変わることがある)

**注意点**

- ▷ 本人への配慮が必要
- ▷ 地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能

認知症の人の意思決定支援ガイドライン-研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用 一部改変

47

### 意思決定支援会議の運営

- ◎ 議題：メンバーの誰からでも提案
- ◎ 情報の共有
- ◎ 目的・根拠を明確にする
- ◎ 多職種のそれぞれの見方を尊重
- ◎ 話し合った内容は都度文書として残す

**注意点**

- ▷ 会議と会議の間にも支援は展開する  
(見落とし、意思の変化はないか)
- ▷ 会議ですべての点を検討できるわけではない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン-研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン-テキストより引用 一部改変

48



## 記録を残すこと

### ◎生活に影響を与えるような支援を行うごとに記録を残す

#### ▶記録を残すときのポイント

支援をした状況、意向を判断した根拠を明確に記録する

例) ▶娘と共に要点を紙にまとめながら説明した。

▶「○○がいいよ」と話すものの、落ち着かずにそわそわしていた。言葉をうまく選べていないことがうかがえたので、改めて確認することが必要と判断した。

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

49

## 支援のプロセスを確認する

- 支援の参考となる情報や記録は十分に収集されているか
- 能力を踏まえた適切な支援か
- 支援への参加者の構成は適切か
- 本人は緊張していないか
- 十分な時間を確保しているか
- 十分な情報が提供されているか
- 選択肢はわかりやすいか
- 本人にわかりやすい形で示されているか
- 利益、不利益が比較できるように示されているか
- 今後起こりうることは話し合われているか

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用 一部改変

50

今後、認知症の人の「決める」場面で支援を試みようと思うことはどのような場面ですか？

#### 日常生活

- ・ 例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等

#### 社会生活

- ・ 例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等

どのような工夫や配慮をしますか？

51

## まとめ

- ◎ 日常生活・社会生活において意思決定をするうえで支援を要する場面に気づく
- ◎ 意思決定をするうえでの課題を理解できる
- ◎ 本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのが良いのか評価する
- ◎ 本人の保たれている認知能力等を向上させる適切な働きかけを行う

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用 一部改変

52

意思決定支援とは、

「その人らしさを知り、本人を中心に、意思を引き出し、その意思をかなえるための支援」

日々の私たちの援助が、意思決定支援を踏まえた関りができていたのか足を止め、本人と向き合い、本人との対話や語りにより傾け、要望のための実現に取り組もうとしていたか

私が「目指していた」「したいと思っていた」援助は、その過程や結果にある

53

## 参考資料・参考文献



- ・ 厚生労働省「認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例」
- ・ 認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキスト 平成31年3月 平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康推進等事業分) 認知症の人の意思決定支援のあり方に関する研究事業編(実施主体 学校法人梅村学園 中京大学)
- ・ 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要 平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料
- ・ 「意思決定支援実践ハンドブック」～「意思決定支援のためのツール」活用と「本人情報シート」作成～2019.7.20(公社)日本社会福祉士会編・(株)民法研究会
- ・ 意思決定支援ガイドライン厚労省の動画「認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修」

54



1

①Major neurocognitive disorder の診断基準  
②Mild neurocognitive disorder (DSM-V)

A. 認知領域の少なくとも1つが以前の行為水準から有意な低下があることが以下から認められる。  
(1) 本人、情報提供者、臨床家  
(2) 定量化により実証された認知機能障害  
認知領域：複合的注意、遂行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知

B. 日常活動において自立が障害され①る②ない。  
(手段的日常生活動作が障害され①る②ない。)

C. せん妄だけでは説明できない。  
D. 他の精神疾患によってうまく説明できない。

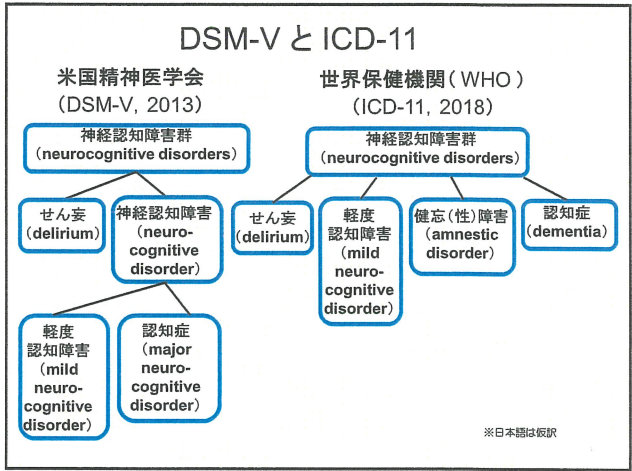
2

Dementiaとは (description) (ICD-11)

- 認知領域の2つ以上が以前の行為水準から有意に低下した後天的な脳症状。  
(認知領域：記憶、遂行機能、注意、言語、社会的認知および判断、精神運動速度、視覚および視空間認知能力等)
- 認知障害は正常加齢に帰せられるものではなく、日常活動における自立を阻害する。
- 有効な根拠に基づき、認知障害は脳を侵す神経あるいは内科的状态、外傷、栄養障害、特定物質・薬物の慢性的使用、重金属等の毒物の暴露に起因あるいは推測される。
- 以下の状態の否定：こん睡、せん妄、知的発達障害、神経発達障害、昏迷、老化

※日本語は仮訳

3



4

見当識障害は？  
ICD-11

- 01感染症
- 02新生物・・・
- 06精神疾患 (含：認知症) ・
- 08神経疾患 (含：アルツハイマー病) ・・・・
- 21他に分類できない症候  
精神・行動症候  
MB21認知機能関連症候  
MB21.4見当識障害

※日本語は仮訳

5

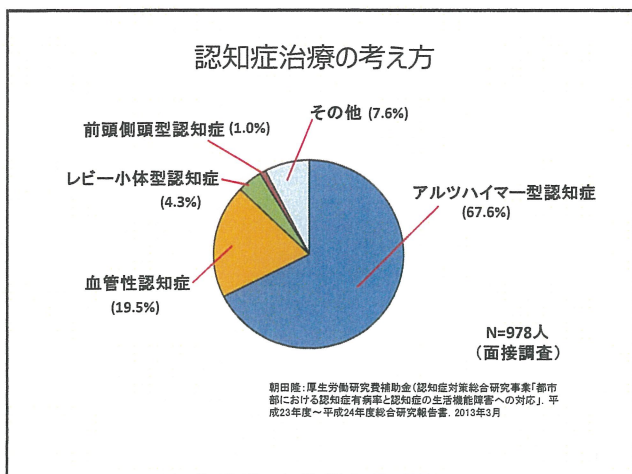
見当識障害は？

認知症では頻繁にみられる症状である。  
しかし、認知症特有の症状とは言えない。

- 1) 認知症：認知機能障害の表現型  
記憶障害、空間認知障害等
- 2) 薬物服用・中毒・依存  
向精神薬、大麻等
- 3) 代謝障害  
脱水、低血糖、電解質異常等
- 4) その他  
貧血、肝疾患等

6





7

### 認知症治療薬の特徴

薬剤名	塩酸ドネペジル (アリセプト)	ガランタミン (レミニール)	リバスチグミン (リバスタッチ/イクセロンパッチ)	塩酸メマンチン (メマリー)
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 ACh受容体刺激	AChE阻害 BuChE阻害	グルタミン酸受容体阻害
適応症	AD全病期 DLB	AD軽度～中等度	AD軽度～中等度	AD中等度～高度
剤形	錠剤 ゼリー DS 口腔内崩壊錠	錠剤 液剤	貼付剤	錠剤
半減期	長い	短い	やや長い	長い
用法	1回/日 漸増	2回/日 漸増	1回/日 漸増	1回/日 漸増
代謝	肝	肝	腎	肝
主な有害事象	食欲不振、嘔気・嘔吐、下痢、心伝導障害、興奮	同左	同左	めまい、頭痛、傾眠 肝機能障害

8

### アデュカヌマブの登場

エーザイ(株)とバイオジェンが共同開発  
脳内βアミロイド凝集を抑制

- 2019年3月 効果不十分で治験中止  
→高用量で再治験→有効
- 2021年6月 米国 条件付き承認
- 2021年12月 EU 十分な効果と安全性が証明できず不承認
- 2021年12月 日本 有効性を明確に判断できず承認見送り
- 2022年4月 米国 高齢者向け保険適用せず

9

### アデュカヌマブの後継レカネマブ

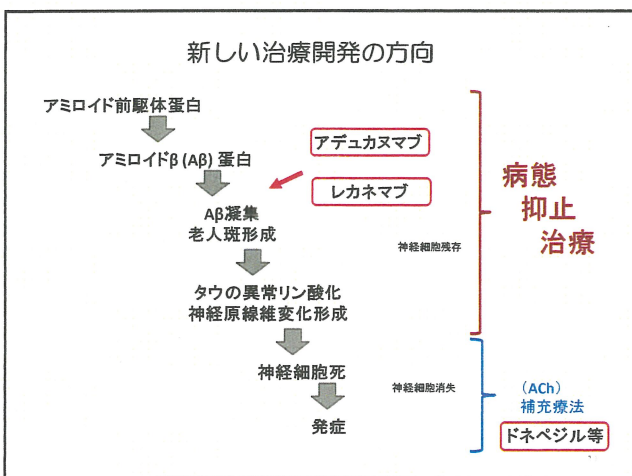
エーザイ(株)とバイオジェンの共同開発  
脳内βアミロイド凝集を抑制

アルツハイマー型認知症の症状進行を遅延(約7.5か月)

米国: FDAへ申請→2023年1月 迅速承認  
→2023年7月 正式承認

日本: 2023年1月 PMDAへ申請→2023年8月承認

10



11

### レカネマブ使用にあたっての課題

効果  
アルツハイマー型認知症の症状進行を遅延(約7.5か月)

課題

- 有害事象: 脳浮腫、微小脳出血等
- 適応疾患(病態): MCIまたは超早期
- 診断: アミロイド蛋白凝集の証明
  - ※ アミロイドPETは保険適用外(国内約50～60施設)
  - ※ 血液検査法は開発中(特殊な機器)
- (適応)診断基準の明確化  
→高度な専門性
- 薬物投与方法: 点滴注射 2回/月
- 価格: 米国では300万円超/年

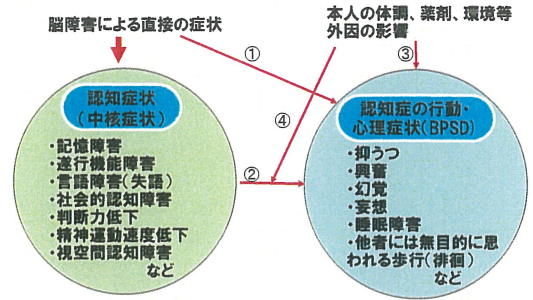
12

### 認知症の行動・心理症状(BPSD)の例

- ①疾患そのものの症状  
レビー小体型認知症の幻視(BPSD)
- ②認知症状(中核症状)自体に起因するもの  
社会的認知障害(認知症状)のある前頭側頭型認知症の人がコンビニで気に入った物を"失敬"する。(BPSD)
- ③本人の体調、薬物等に起因するもの  
認知症の人がドネペジルを服用する。(薬物の影響)  
→興奮して大声でどなる。(BPSD)
- ④環境により誘発されるもの  
もの忘れ、視空間認知障害、判断力低下(認知症状)  
→引っ越し(環境要因)  
→近所に出向いて歩き回る。(BPSD)

13

### 認知症の症状



WHO: International Classification of Diseases (ICD)-11, 2018 を参考に作成

14

### BPSDの説明(案)

「認知症状(中核症状)は脳の損傷によって出現するが、脳の損傷による症状の全てが中核症状というわけではない。」

という理解のもとに

- ・認知症状(中核症状)の発現は脳の損傷によるが、BPSDには脳の損傷によるものもあるし、環境要因によっておこるものもある。
- ・そうは言っても、BPSDは環境の影響で発現するものが多い。
- ・従って、特にBPSDをみた時には、まず、発現の背景を探ることが重要である。

15

### BPSDに対する向精神薬の使用

原則として保険適用のある薬剤はない。

ただし「器質疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対し

- クエチアピン(セロクエル)
- ハロペリドール(セレネース)
- ペロスピロン(ルーラン)
- リスペリドン(リスパダール)

の適応外使用を可とする。

(厚生労働省保険局医療課長通達 2011年9月28日 保医発0928第1号)

16

### BPSDへの対応

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/000140619.pdf

17

### BPSDに対する向精神薬の使用

基本姿勢は「まずは非薬物介入」である。

BPSDに対する向精神薬は適応外使用になる。

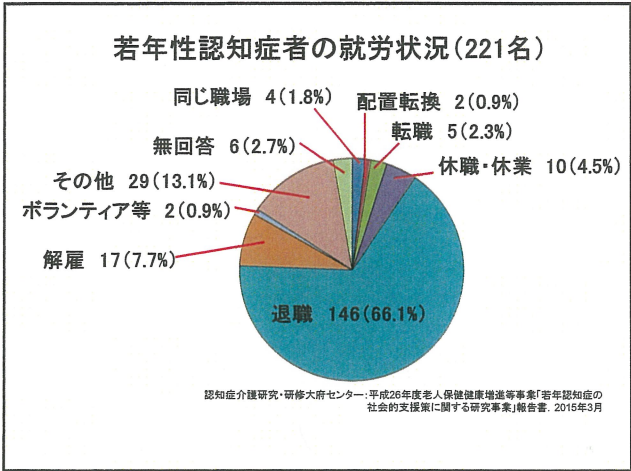
使用した場合には転倒に十分注意する。

BPSDを予防する薬は知られていない。

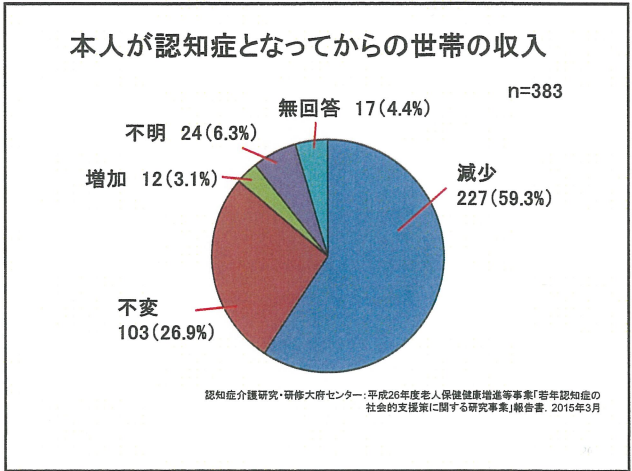
18



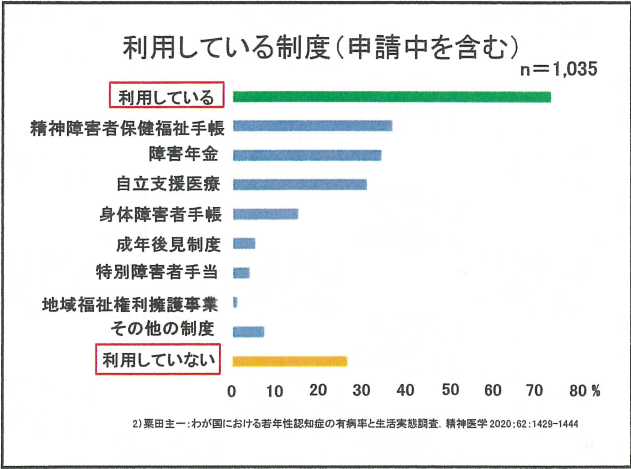




25



26



27

### 若年性認知症支援施策

- 若年性認知症の人やその家族からの相談に対応する窓口を設置（都道府県）  
→若年性認知症の人や家族の支援
- 若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役（**若年性認知症支援コーディネーター**）を配置  
→若年性認知症の人の視点に立った支援の拡充

28

### 全国若年性認知症支援センターの設置

2018年4月

- 全国規模の企業や業界団体に対し、若年性認知症の理解促進のための研修や相談支援を実施
- 先進自治体の取り組み等の情報を収集し、研修やホームページを通じて提供
- 若年性認知症コールセンターを通じた本人や家族の相談、関係機関への連絡調整

29

### 全国の若年性認知症相談窓口

「若年性認知症」のごときは「若年性認知症支援コーディネーター」にご相談ください。

認知症介護研究・研修大学センター

30