

### 3 認知症の人本人を中心としたケアの実現に向けて

東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 精神看護学分野 准教授 中西 三春

#### 1 認知症に関する世界的傾向

2023年に二宮研究班が発表した推計では、日本の認知症の人は、2025年に471万6000人、2050年には586万6000人に達する見込みである<sup>\*1</sup>。世界的に高所得国では認知症の有病率は低下しはじめており、大幅な増加が今後起こるのは低・中所得国とされている<sup>\*2</sup>が、いずれにせよ高齢社会が進む日本において、**持続可能な認知症ケアの体制構築が課題であること**に変わりはない。

医学雑誌『ランセット (The Lancet)』の認知症委員会では、認知症の予防から診断・ケアおよび看取りに至る包括的なエビデンスを総括した報告を更新してきた<sup>\*2</sup>。これについて日本の報道では、「認知症の3分の1は予防できる」などと予防の側面のみが紹介されることが多かった。だが報告の本来の意図は、**認知症リスクの背景に「健康格差」の問題があるとの指摘と、格差を生み出す社会構造の是正への呼びかけ**である。

予防可能なリスク要因には、**脳血管疾患リスク**につながる生活習慣や身体所見のみならず、**幼少期の教育、高齢期の社会的孤立、大気汚染**といった環境要因がある。高所得国で認知症の有病率が下がる一方、低・中所得国で増加が見込まれるのも、こうした要因を含む国家間の健康格差に由来すると考えられている。もちろん個人が健康的な生活を心がけることは本人のウェルビーイング (wellbeing) に寄与するが、**認知症になった人は健康維持を怠ったという偏見が助長されるべきではない**。

#### 2 認知症ケアをめぐる問題点

##### 1) 認知症ケアの原則

ランセット認知症委員会報告が推奨するケアの原則は以下のとおりである。

- ① 診断直後から本人の意思決定能力があるうちにアドバンス・ケア・プランニング (ACP) を開始する
- ② 行動・心理症状への対応は非薬物療法が第一優先
- ③ 痛みをはじめ身体的ニーズのアセスメントと治療 (入院の回避)

認知症の人には身体症状を他者に伝えられないなどの理由から、身体合併症のリスクが高まることがある。し

中西 三春 (なかにし みはる)

2014～21年 公益財団法人東京都医学総合研究所 (都医学研) で日本版 BPSD ケアプログラムの開発・普及に従事。2021年、東北大学に着任。2022年より都医学研 社会健康医学研究センター心の健康ユニット非常勤研究員。2023年よりライデン大学医学部公衆衛生・プライマリケア分野研究員。BPSD ケアプログラムのオランダ版開発や認知症のアドバンス・ケア・プランニングの国際ガイドライン作成に従事する。



かし入院は、急激で大きな環境変化を伴い、身体機能や認知機能の低下をもたらす。そこで、可能な限り住み慣れた環境での生活を維持することが基本原則となる。

また、**入院や施設入所のリスク要因には、身体合併症に加えて行動・心理症状が挙げられる**。行動・心理症状は、介護抵抗などの興奮や妄想、幻覚、うつなど様々な心理反応と行動の総称である。行動・心理症状が生じる背景となる要因の多くは、痛みがあるなどの身体的ニーズである。行動・心理症状を抑制するために抗精神病薬など向精神薬が用いられることもあったが、このような薬物療法は、認知症の人の機能低下や死亡のリスク上昇につながってしまう。そのため、**非薬物療法を第一優先として、背景要因のアセスメントと要因に応じたケアの実施が推奨されている**。これは認知症ケアの基本理念とされてきた「**本人中心のケア (パーソンセンタード・ケア)**」にほかならない。

##### 2) 認知症に必要な ACP とはどのようなものか

欧州緩和ケア学会は、筆者を含むタスクフォースで専門家パネルの意見を集約し、2024年に認知症 ACP の定義を発表した<sup>\*3</sup>。ここでの ACP は、**認知症の人と家族・医療介護従事者**の間で**本人の価値観を見出しケアの目標を共有するためのコミュニケーション**であると定義している。

一方、日本では「人生会議」を ACP の愛称と定め、その普及が図られてきたが、人生会議は「人生の最終段階の医療・ケアについて話し合うこと」とされており、終末期医療の中止や差し控えの意思表示に限られている

で、国際的な ACP の概念と必ずしも一致しない。とはいえ、認知症が進行すると意思決定能力を喪失することになり、終末期の医療選択の話もいずれ必要になるのは事実だ。しかし ACP が価値観の表明よりも医療アを決めることに重きがあると、ACP について話ることが本人に不安や悲嘆、絶望をもたらすのではなかつたという家族の懸念は拭えないであろう。

2024 年の診療報酬改定では、入院料「通則」において、認知症に限らず）人生の最終段階における意思決定支の取組みが要件化されたが、報酬設定が誤った方向に  
 践を誘導していないか検証が必要であろう。筆者の認知症 ACP を推進するための政策と研究の提言をまとめ取組みでは、専門家パネルからは、制度・報酬に誘導された ACP で起こりうる「形式的な確認手続き (tick-x practice)」の問題が指摘されていた<sup>\*4</sup>。すなわち、事者が報酬を得るために、決定を記録することだけがいき、時間のかかる会話やコミュニケーションが省れてしまうのではないかという懸念である。

### 3 行動・心理症状への対応

#### 1) 認知症チームケア推進加算

行動・心理症状への対応については、2024 年の介護報酬改定で「認知症チームケア推進加算」が新設された。

この加算は、介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）が対象である。

主な算定要件に、①専門的な研修・ケアプログラムを含んだ研修の修了者を含むチームで、②行動・心理症状の評価を計画的に行い、③カンファレンスの開催、計画の作成、行動・心理症状の定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行うこと——が挙げられている。

なお、加算の算定要件の構成要素の由来は、東京都の「日本版 BPSD ケアプログラム」にある（コラム参照）。

#### 2) 高齢者虐待への対応

行動・心理症状は高齢者虐待のリスク要因でもある。日本では高齢者虐待防止法により、家族による虐待・従

#### コラム 日本版 BPSD ケアプログラムとその行方

【日本版 BPSD ケアプログラムとは】

日本版 BPSD ケアプログラムとは、スウェーデンのケアプログラム (BPSD-registret) の東京都モデルとして、筆者ら東京都医学総合研究所のチームとスウェーデンのチームより共同開発された認知症ケアプログラムである<sup>\*5</sup>。

日本版 BPSD ケアプログラムは、2016～17 年の無作為比較試験によって行動・心理症状の減少効果が実証されている<sup>\*5</sup>。

ケアプログラムの構成は、ランセット委員会報告が推奨する対応方針に沿っている。

- ① 介護従事者は養成研修（現在は e ラーニング）を修了後、多職種チームを形成して行動・心理症状の評価、背景にある要因（ニーズ）の Assessment、および要因の仮説に応じたケア計画を話し合いで決定する。
- ② ケア計画を実行して再度、行動・心理症状を評価し、得点の変化を通じて仮説の検証を行う。
- ③ 仮説検証を支援するため、オンラインツールによる行動・心理症状の変化の可視化で従事者へのフィードバックを提供し、また研修修了者にフォローアップ研修を実施する。

【プログラムの普及と介護報酬化への働きかけ】

東京都・東京都医学総合研究所は、当ケアプログラムが介護報酬の評価対象となることを目指して活動を進めてきた。

まず、2020 年 11 月 5 日の第 191 回社会保障審議会介護給付費分科会において日本版 BPSD ケアプログラムの広域普及が検討されたが、残念ながら 2021 年度介護報酬改定では見送りとなった。その後、2023 年 11 月 27 日の第 232 回社会保障審議会介護給付費分科会で、2024 年度介護報酬改定における「認知症チームケア推進加算」の新設が明示され、算定要件における研修は日本版 BPSD ケアプログラム研修等（認知症介護研究・研修東京センターもしくは東京都の実施するもの）を想定と明記された。

ところが、2024 年 3 月 19 日に発出された厚生労働省通知では「研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）」とされた。これは東京都の日本版 BPSD ケアプログラムを実質的に排除するものであった。

東京都から照会を受けた厚生労働省は、3 月 22 日、「日本版 BPSD ケアプログラムの研修を認知症チームケア推進加算の算定要件に該当とする」旨を回答した<sup>\*7</sup>。しかし、2024 年 6 月 21 日事務連絡でも「認知症介護研究・研修センターの認知症チームケア推進研修」を周知する一方で、本ケアプログラムには言及しないままである。

事者による虐待の予防や、相談・通報の受付、調査、虐待と判断した事例への対応といった一連の対応は市区町村の責任とされている。しかし、従事者による虐待は、介護保険法または高齢者福祉法に規定される施設・事業所が対象であり、両法に規定されない施設・事業所（有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅等）には適用されない。

厚労省は「提供しているサービス等に鑑み、「高齢者を現に養護する者」による虐待と考えられる場合」は高齢者虐待として対応することを自治体に求めているが、「現に養護する」の判断は容易ではないであろう。

また、高齢者虐待対応には養護者（虐待者）支援と被虐待者の保護（分離）が含まれるが、ときに利害が相反する両者への介入を一人の職員・一部署が同時に担うことは、ジレンマに晒されることから、強い困難が伴う。

児童福祉領域では広域専門機関となる児童相談所があり、児童福祉司が専門職として配置されている。しかし、高齢者福祉領域でこれに相当する制度上の機関はない。そこで日本弁護士連合会と日本社会福祉士会は、連携して各都道府県に「虐待対応専門職チーム」を設置し、都道府県や市町村からの委託を受けて高齢者や障害者の虐待事例に関するケース会議への派遣等を行う活動を行っている<sup>\*8</sup>。

### 3) 急性期医療における身体的拘束

行動・心理症状が関連する問題の一つに、急性期医療における認知症併発患者への身体的拘束がある。

2016年診療報酬改定で新設された「認知症ケア加算」は、当初、認知症併発患者に身体的拘束を実施した日は100分の60に減算されることが定められていた（2024年改定で100分の40への減算に変更された）。

しかし、2017年に筆者らが実施した調査<sup>\*9</sup>では、調査日時点で認知症ケア加算の算定病棟でも42%に身体的拘束が実施されていた。また、介護保険における「身体的拘束」に該当する行為を受けていた者は、認知症疑い患者の44.5%にのぼった。

拘束の種類でもっとも多かったのは、患者が自分で降りることができないようにベッドを柵で囲んだ「4点ベッド柵の使用（68.6%）」である。これは、認知症ケア加算の減算対象となる身体的拘束の定義に「患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用し」とあることから、従事者が直接患者に触れないベッド柵の使用を身体的拘束とみなしていなかったことが原因と考えられる。

なお、同加算の定義では、向精神薬による鎮静は身体的拘束に含まれないことになる。

一般急性期病院において認知症ケアの質を向上させるためには、行動・心理症状が「患者の満たされない要旨を伝えるコミュニケーション手段」であると職員が理解し、その心理社会的なニーズに対応できるスキルの構築が求められる。しかし、急性期入院医療で要求される業務や職能、人員配置といった職場環境は、認知症にやさしいケアとは合致しない現状がある。

## 4 プレクスピプラゾールをめぐる疑問

2023年、アメリカ食品医薬品局（Food and Drug Administration, FDA）がアルツハイマー病に関連する興奮（agitation）に対する抗精神病薬「プレクスピプラゾール」（一般名）の処方承認した。

これに対し、アメリカのジャーナリスト Rober Whitaker は四大医学誌の一つ BMJ で FDA 承認の正当性に対する疑問を表明した<sup>\*10</sup>。

疑問の1つは、薬のもたらす利益と害のバランスについてである。同薬の治験の効果評価で用いられた尺度「CMAI」には174の得点幅があり、臨床的に意味のある差は「17以上」とされるが、プレクスピプラゾールのプラセボ（偽薬）群に対する実験群の優位性は5.3に過ぎなかった。他方でプレクスピプラゾールにはもっとも深刻な種類の警告（boxed warning）が付されている。警告の内容は「死亡リスクの上昇」である。治験中に発生した死亡事例は薬とは無関係とはされているが、プラセボと比べて統計的に有意差の小さい薬を、この種の警告を付けてまで売ることの矛盾が指摘されている。

もう1つの疑問は認可プロセスに対してである。2017年に、プレクスピプラゾールと同様に、行動・心理症状に対する効果が統計的に有意でも差が小さい別の薬を FDA は認可しなかった。他の抗精神病薬と比べて優れていると言えないのに、他の薬が認可されずにプレクスピプラゾールだけが承認されているのだ。

2024年のランセット委員会報告でもプレクスピプラゾールへの見解が表明されている<sup>\*2</sup>。他の抗精神病薬と比べて有効性・安全性が高いとは言えず、心臓血管系の副作用と死亡リスク上昇が懸念されるというものだ。抗精神病薬を使う前に、興奮の背景にある要因をアセスメントし、対処し、非薬物療法を検討し、薬の潜在的なリスクについて議論を尽くすべきである。

こうした疑問や注意喚起が付されるなか、日本では2024年9月にプレクスピプラゾール（商品名レキサルティ®）の「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」への適応が承認されている。

## 5 新たな日本の認知症対策

### 1) 当事者目線を取り入れる必要性

2024年12月、日本政府は「新しい認知症観」に立った取組みを推進するための「認知症施策推進基本計画」を閣議決定した。これによる新しい認知症観では、「認知症になってからも住み慣れた地域で希望をもって生きることができる」としている。

この計画の前提には、2023年に成立し、2024年施行となった認知症基本法がある。基本法では、国および地方公共団体の計画策定プロセスにおける認知症の人と家族の参加、いわゆる患者市民参画を求めている。これまで日本では、認知症施策の決定における患者市民参画の不在が課題であった。当事者目線の点検がないところで従事者・提供者が行う制度設計は、既存制度の構造的な問題を温存したものになりがちである。

### 2) 精神医療と認知症施策との関係に注目すべき

さらに、日本の認知症施策特有の構造的な問題としては、精神医療との関係が挙げられる。国際連合（国連）の障害者の権利に関する委員会は、日本の状況について、「公的および民間の精神科病院における精神障害者及び認知症を有する者の施設入所の推進」を指摘している。日本は2014年に国連の障害者権利条約に批准して以来、2022年に初めて同委員会の対面審査が行われ、その際に上記の指摘を受けたかたちである。

もともと2013～17年の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」に至る検討の過程では、認知症の人が精神病床への入院に至ることを「不適切なケアの流れ」として、精神科病院への長期入院の解消が目指されていた。だが、2015年1月に安倍晋三が発表した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、精神科病院を「標準化された高度な専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場」として、許容する方針へ変節されていた。

新オレンジプランは、旧オレンジプランにはなかった「循環型の仕組み」として、行動・心理症状の容態に合わせてケアの場所を変えて自宅に戻す体制を提唱し、そ

の循環に精神科病院を組み込んでいる。しかし、精神病床を退院する認知症患者の18%は死亡退院であり、自宅に戻す体制とは言いがたい<sup>11)</sup>。だが2019年に閣議決定された「認知症施策推進大綱」でも、この循環型の仕組みの枠組みとともに精神科病院を支持する見解が保持されていた。

2024年の「認知症施策推進基本計画」では、循環型の仕組みは明言されていない。また、精神科病院入院患者の早期の地域移行を推進する方針が掲げられている。一見、新オレンジプランの変節から、本来のあるべき路線に回帰したように思われるが、現時点で判断することは控え、引き続き注視していきたいところである。

## 6 今後求められる認知症対策とは

日本に限らず高齢社会を迎える各国に共通して、旧来の専門特化したサービスや人材育成から、持続可能な認知症ケアモデルへの転換が求められている。

認知症とともに生きる人は増加する一方で、少子化により医療・介護従事者の不足が見込まれている。人材不足への解決策としてAIによる自動化やテクノロジーの活用がしきりに謳われているが、テクノロジーをもって人との接触（human touch）を代替するべきではない。現場の第一線で認知症の人と関わる従事者が、標準的な認知症ケアを提供できる普遍的な体制を目指さなければならない。

今後の施策の論点はすでに記してきたとおりである。本人の価値観や選好を見出す対話としてのACPの推進、行動・心理症状への非薬物療法を支援するケアプログラムの普及、および行動・心理症状や身体合併症の管理により回避できる入院を回避することについて、改めて記しておきたい。

### 1) ACPの推進

ACPの推進が前述した「tick-box practice（形式的な確認手続き）」の蔓延にならないようにするためには、医療介護従事者における認知症の人とのコミュニケーション・対話スキルの向上が進められるべきであろう。

当事者や家族は、気がかりなことがあっても自分から医師等には尋ねにくいと感じていて、医療者から尋ねられるのを待っていることがある。そこでACPの糸口になることが多い質問を予めリスト化したツールを診療場面に導入するといった工夫も海外では試みられている。国内の先駆的な例としては、宮城県仙台市の認知症当事

者とそのパートナーが、認知症の診断を受けた本人・家族をフォローするピアサポート活動が挙げられる。認知症とともに生きる経験をしてきたピア（仲間）との関わりによって、当事者が将来について考え意見を整理することを後押しできるとされている。

2) 非薬物療法の推進

行動・心理症状への非薬物療法を促進するためには、「従事者への研修を行って終わり」ではなく、通常業務における実践を後押しする仕組みが必要である。施設・事業所の管理者が職員のケアプログラムへの取組みを支援する（具体的には時間の確保や他職員に協力を促す）といった、組織としてのバックアップが重要となる。

日本版 BPSD ケアプログラムの介護報酬化は、本来、こうした管理者による職員の取組み支援を促す目的で目指されてきたことであった。経済的な動機づけのほかには、例えばスウェーデンでは、好実践事例を施設・事業所の垣根を越えて共有し、従事者のモチベーションを高める目的で、BPSD-registret の全国発表会を毎年行っている。

さらに効果的な非薬物療法の計画と実践を進めるために、医療介護従事者において、身体的ニーズと行動・心理症状との関連がより広く理解されることが必要であろう。こうした身体的ニーズのアセスメントと対応が進むことは、身体合併症の予防や適切な管理にも貢献し、ひいては入院の回避にもつながると考えられる。

3) 国の施策への注視

認知症施策推進基本計画の基本的施策には「国際協力」が含まれており、世界に向けた日本の経験や技術の情報発信を行う旨が謳われている。であるならば、科学的介護を謳う裏で、世界的・科学的エビデンスに基づかない政策意思決定をするといった矛盾は改められるべきである。

ろう。

なによりもエンドユーザーである認知症の人と家族にとって意味ある施策が推進されることを期待したい。

【引用文献】

- ※1 <https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf>
- ※2 Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024; 404(10452): 572-628.
- ※3 van der Steen JT, Nakanishi M, Van den Block et al; European Association for Palliative Care (EAPC). Consensus definition of advance care planning in dementia: A 33-country Delphi study. Alzheimers Dement. 2024; 20(2): 1309-1320.
- ※4 Nakanishi M, Martins Pereira S, Van den Block L, et al; European Association for Palliative Care. Future policy and research for advance care planning in dementia: consensus recommendations from an international Delphi panel of the European Association for Palliative Care. Lancet Healthy Longev 2024; 5(5): e370-e378.
- ※5 Nakanishi M, Endo K, Hirooka K, et al. Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2018; 33(3): 495-503.
- ※6 <https://www.lorentzcenter.nl/psychosocial-intervention-programmes-in-dementia.html>
- ※7 [https://www.fukushil.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/torikumi/careprogram/shinkasan/index.html](https://www.fukushil.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/careprogram/shinkasan/index.html)
- ※8 [https://www.nichibenren.or.jp/activity/human/aged\\_shien.html](https://www.nichibenren.or.jp/activity/human/aged_shien.html)
- ※9 Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A. Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. Int Psychogeriatr. 2018; 30(7): 991-1000.
- ※10 Whitaker R. How the FDA approved an antipsychotic that failed to show a meaningful benefit but raised the risk of death. BMJ. 2023; 382: 180L.
- ※11 Nakanishi M, Niimura J, Yamasaki S, et al. Death of dementia patients in psychiatric hospitals and regional supply of psychiatric services: Study of the national data from 1996 to 2014 in Japan. J Alzheimers Dis. 2017; 56(2): 817-24. [1]

## 標準・傷病名事典 Ver.4.0

2024年2月刊

前東京通信病院 副院長  
兼一般・消化器外科部長  
寺島 裕夫 編著

B5判 2色刷 約900頁  
価格：4,800円(+税)

全診療科対応／標準病名 3400 の症状・診断・治療法

- 1 最新の臨床医学、標準病名、DPCに基づき全面的に見直してバージョンアップした。新たに約 200 病名を加え、全診療科対応の 3400 病名(日常診療におけるほぼすべての病名)を網羅。
- 2 今版では、新たに「特定疾患療養管理料」「生活習慣病管理料」「難病外来指導管理料」等の対象疾患を記号表記して、大幅に機能アップ!!
- 3 ICD 順に、①傷病の概要、②症状、③診断法(検査・画像診断)、④治療法(投薬・注射・処置・手術等)——を具体的に解説しているの、臨床医学の入門書として、レセプト請求・点検の指標として役立ちます。
- 4 病名は「標準病名」に統一し「別称」も付記。ICD コードと MDC コード (DPC) を付記。診療情報管理、DPC の主傷病名・副傷病名の選択・検証、医師事務作業補助にも役立ちます。