

認知症医療とケアの今

認知症 予防と共生に向けて学術の取り組み

繁田 雅弘

東京慈恵会医科大学精神医学講座（教授）

日本認知症ケア学会（理事長）

日本老年精神医学会（理事）

1

利益相反開示

発表者名： 繁田 雅弘

本演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業などはありません。

1954 : 日本精神神経学会. 新福, 金子, 猪瀬によるシンポジウム. 「老人の精神障害」

1969 : 日本老年医学会「老人呆けは精神障害」, 厚生省「寝たきり老人対策」

1970s: 「痴呆病棟」「老人病院」の急増. しかし認知症（痴呆）に関する社会学や 医療経済学, 人類学などは手付かず

1980s-1990s:

医療と介護は介護負担軽減のため

“認知症は老化でなく病気である” キャンペーンがもたらしたもの

「問題対応」から「（療養）生活の質」へ

マニュアルのケアから、Person Centered Careへ

3

2000 : 日本老年精神医学会 専門医制度, 日本認知症ケア学会 設立 (介護保険制度, 成年後見制度)

2002・2006 : 老人看護専門看護師, 認知症高齢者看護認定看護師

2005 認知症サポート医, 認知症サポーター

2008 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

2009 「Living well with dementia: A National Dementia Strategy」 (UK)

2012 : 今後の認知症施策の方向性について, 認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)

2014 : OECD 「Dignity in Dementia. How better policy can improve the lives of people with Dementia」

2015 : 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

2015 : 欧州経済委員会（UNECE）「Dignity and Non-discrimination for persons with Dementia」

2015 : WHO「Ensuring a Human Rights-based Approach for people living with dementia」

2018 : 「Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers」NICE guideline

2019 : 認知症施策推進大綱

2020～ : 認知症基本法案要綱

5

1. 現在4種のアルツハイマー型認知症治療薬と1種のレビー小体型認知症治療薬が可能となり、介護事業所のリハビリテーションプログラムなども年々充実してきた。しかしそれらの効果は測定されているのであろうか

6

家族の会や認知症カフェで耳にする疑問

「今の薬やリハビリが、自分に合っているどうか分からない。合っているかどうかやって調べるのか？」

「薬が合っていないなら変えてほしい。リハビリが自分に合っていないなら変えてほしい」

「この前の検査で効いているかどうか分からなかったのだろうか？ 検査は何のためにやったのか？」

「みなさん（医師）は治療の効果をどうやって判定しているのですか？」

Received: 16 February 2018 | Accepted: 15 March 2018

DOI: 10.1002/gps.4892

LETTER TO THE EDITOR

WILEY International Journal of
Geriatric Psychiatry

Antidementia drug use in Japan: Bridging the research-to-practice gap

In 2015, there were 47 million people with dementia worldwide.¹ The overall number of people with dementia is projected to reach 132 million in 2050, 51% of whom will be from Asian countries.¹ Japan has the highest prevalence of dementia among the OECD countries, where 2% of inhabitants (5 million) are living with dementia.

There are significant unmet needs regarding the effectiveness of antidementia drug use in real-world settings. Populations in settings of clinical trials on antidementia drugs generally deviate from those in clinical practice settings (eg, exclusion of people aged ≥85 years).²

It remains controversial whether the desirable consequences of antidementia drug use outweigh its undesirable consequences.²

Such controversy regarding benefit-risk balance has resulted in inconsistencies in the strength of recommendations on the use of antidementia drugs among clinical practice guidelines. Some guidelines leave the choice of whether to use antidementia drugs to clinicians,³ whereas the Japanese guideline strongly recommends that clinicians use antidementia drugs in the treatment of Alzheimer's disease.⁴

医療経済研究機構 主任研究員の奥村らの報告. 2015年4月から2016年3月までの認知症治療薬4剤のすべての処方箋を同定した

Okumura Y, Sakata N. **Antidementia drug use in Japan: Bridging the research-to-practice gap.** *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018 May 20. doi: 10.1002/gps.4892.

TABLE 1 Annual prevalence and quantity of antidementia drugs consumed

Sex-Age Group, Years	No. of Inhabitants	No. of Patients with Prescriptions for Antidementia Drugs	Prevalence of Antidementia Drug Users, %	Annual Quantity of Antidementia Drugs Consumed, DDD	DDD per 1000 Inhabitants per Day, DID
Total	125 640 987	1 733 916	1.4	498 098 242	10.8
0-64	92 175 546	20 612	0.0	6 090 721	0.2
65-69	9 643 867	43 471	0.5	12 898 213	3.7
70-74	7 695 811	108 155	1.4	31 555 992	11.2
75-79	6 276 856	261 408	4.2	75 939 321	33.1
80-84	4 961 420	468 350	9.4	138 323 340	76.2
≥85	4 887 487	831 920	17.0	233 290 655	130.4
Men	61 013 327	566 595	0.9	160 706 002	7.2
0-64	46 527 858	10 659	0.0	3 020 046	0.2
65-69	4 659 662	20 723	0.4	5 949 790	3.5
70-74	3 582 440	47 323	1.3	13 565 524	10.3
75-79	2 787 417	105 273	3.8	30 455 166	29.9
80-84	1 994 326	164 276	8.2	48 021 079	65.8
≥85	1 461 624	218 341	14.9	59 694 397	111.6
Women	64 627 660	1 167 321	1.8	337 392 240	14.3
0-64	45 647 688	9953	0.0	3 070 675	0.2
65-69	4 984 205	22 748	0.5	6 948 423	3.8
70-74	4 113 371	60 832	1.5	17 990 468	11.9
75-79	3 489 439	156 135	4.5	45 484 155	35.6
80-84	2 967 094	304 074	10.2	90 302 261	83.2
≥85	3 425 863	613 579	17.9	173 596 258	138.4

DDD, defined daily dose; DID, defined daily dose per 1000 inhabitants.

Okumura Y, Sakata N. **Antidementia drug use in Japan: Bridging the research-to-practice gap.** Int J Geriatr Psychiatry. 2018 May 20. doi: 10.1002/gps.4892.

Populations in settings of clinical trials ≠ those in clinical practice settings
(eg, exclusion of people aged ≥85 years).

Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: A priority for European science and society. Lancet Neurol. 2016;15(5):455-532.

- 嗜銀顆粒性認知症または神経原線維変化優位型認知症または両者の合併（ただし他の変性疾患は除く）は変性型認知症の22.8%
- 神経原線維変化優位型認知症は、90歳以上では2割ともいわれる
- 上記の認知症はコリンエステラーゼ阻害薬の効果は期待できない

1. 齋藤祐子：アルツハイマー病と嗜銀顆粒性認知症の鑑別ポイント．老年精神医学雑誌 26: 891-899, 2015
2. 山田正仁：神経原線維変化型老年痴呆（辺縁系神経原線維変化型痴呆）．Clinical Neuroscience 2005; 23: 332—334.
3. 山田正仁：その他の孤発性タウオパチー 神経原線維変化型老年期認知症石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病．Clinical Neuroscience 2009; 27: 328—330
4. 村山繁雄，齋藤祐子：老化に伴う認知機能の動的神経病理．老年期認知症研究会誌 17:61-65, 2010.

アルツハイマー型認知症との診断を受けて 治療を受けている173万人の中に

- 現在の治療薬のトータルコストは1500億円ともいわれる
- 治験で対象ではなかった85歳以上の人83万人に処方されている
- 治療薬の効果が検証されていないタウオパシー（嗜銀顆粒性認知症、神経原線維変化優位型認知症）も後期高齢者では2割といわれる
- アルツハイマー病でノンレスポnderの人も含まれる

演者は治療すべきでないとは言わない。効果があるというエビデンスがないので、個々の認知症の人について効果を確認すべきであると主張している。それは降圧剤を服した人が、本当に血圧が下がったか血圧を測定するのと同じである

健康・医療 第2回NDBオープンデータ

概要（作成の背景と目的、集計対象と公表形式、最小集計単位の扱い、公表物）

第2回NDBオープンデータについて[436KB]

第1部（解説編）

- 表紙～第1章 NDBオープンデータとは[272KB]
- 第2章 データの抽出・集計の概要[515KB]
- 第3章 3-1 医療診療行為の算定回数[2,688KB]
- 第3章 3-2 歯科療養の療養件数の集計グラフ[1,055KB]
- 第3章 3-3 特定健診の集計グラフ[2,148KB]

第2部（データ編）

医療診療行為

A基本診療料

- 初再診料・性年齢別算定回数[43KB]
- 初再診料・都道府県別算定回数[51KB]
- 特定入院料・性年齢別算定回数[90KB]
- 特定入院料・都道府県別算定回数[105KB]
- 入院基本料・性年齢別算定回数[88KB]
- 入院基本料・都道府県別算定回数[95KB]
- 入院基本料等加算・性年齢別算定回数[57KB]
- 入院基本料等加算・都道府県別算定回数[66KB]

B医学管理等

～医療機関等関係者向け～

政策について

分野別の政策一覧

- 健康・医療
- 子ども・子育て
- 福祉・介護
- 雇用・労働
- 年金
- 他分野の取り組み
- 組織別の政策一覧
- 各種助成金・奨励金等の制度
- 審議会・研究会等
- 予算および決算・税制の概要
- 政策評価・法制度

情報配信サービス
メルマガ登録

こどものページ

携帯ホームページ

携帯版ホームページ

では、緊急情報や厚生労働省のご案内などを掲載しています。



臨床心理・神経心理学検査一覧（平成24年度診療報酬改定）

	発達及び知能検査	人格検査	認知機能検査その他の心理検査
<p>操作が容易なもの 80点</p> <p>検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの</p>	<p>津守式乳幼児精神発達検査</p> <p>牛島乳幼児簡易検査</p> <p>日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査</p> <p>遠城寺式乳幼児分析的発達検査</p> <p>デンバー式発達スクリーニング</p> <p>DAMグッドイナフ人物画知能検査</p> <p>フロスティック視知覚発達検査</p> <p>脳研式知能検査</p> <p>コース立方体組み合わせテスト</p> <p>レーヴン色彩マトリックス</p> <p>JART</p>	<p>パーソナリティイベントリー</p> <p>モーズレイ性格検査</p> <p>Y-G矢田部ギルフォード性格検査</p> <p>TEG-II 東大式エゴグラム</p> <p>新版TEG</p>	<p>CAS不安測定検査</p> <p>SDSうつ性自己評価尺度</p> <p>CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度</p> <p>HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度</p> <p>STA-I状態・特性不安検査</p> <p>POMS、IES-R、PDS</p> <p>TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、MAS不安尺度</p> <p>ブルドン抹消検査、MEDE多面的初期認知症判定検査</p> <p>WHO QOL 26</p> <p>COGNISTAT</p> <p>SIB</p> <p>Coghealth（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）</p> <p>NPI、BEHAVE-AD</p> <p>音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る）</p>
<p>操作が複雑なもの 280点</p> <p>検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの</p>	<p>MCCベビーテスト</p> <p>PBTピクチャ・ブロック知能検査</p> <p>新版K式発達検査</p> <p>WPPSI知能診断検査</p> <p>全訂版田中ビネー知能検査</p> <p>田中ビネー知能検査V</p> <p>鈴木ビネー式知能検査</p> <p>WISC-R知能検査</p> <p>WAIS-R成人知能検査（WAISを含む）</p> <p>大脳式盲人用知能検査</p>	<p>バウムテスト</p> <p>SCT</p> <p>P-Fスタディ</p> <p>MMP-I</p> <p>TP-I</p> <p>EPPS性格検査</p> <p>16P-F人格検査</p> <p>描画テスト</p> <p>ソルディテスト</p> <p>PILテスト</p>	<p>ベントンの視覚記憶検査</p> <p>内田クレペリン精神検査</p> <p>三宅式記憶力検査</p> <p>ペンダーグシュアルトテスト</p> <p>WCSTワイスコンソン・カード分類検査</p> <p>SCID構造化面接法</p> <p>CLAC-II</p> <p>遂行機能障害症候群の行動評価（BADS）</p> <p>リバーミード行動記憶検査</p> <p>Ray-Osterrieth Complex Figure Test (ROCF)</p>
<p>操作と処理が極めて複雑なもの 450点</p> <p>検査及び結果処理に1時間30分以上を要するもの</p>	<p>WISC-III知能検査</p> <p>WISC-IV知能検査</p> <p>WAIS-III成人知能検査</p>	<p>ロールシャッハテスト</p> <p>CAPS</p> <p>TAT絵画統覚検査</p> <p>CAT幼児児童用絵画統覚検査</p>	<p>ITPA、CLAC-III</p> <p>標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト</p> <p>標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査</p> <p>標準注意検査法・標準意欲評価法</p> <p>WAB失語症検査、老研版失語症検査</p> <p>K-ABC</p> <p>WMS-R</p> <p>ADAS</p> <p>DN-CAS認知評価システム</p> <p>小児自閉症評定尺度</p>

注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する

注 改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び国立精神研究センター認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない

診療年月：H27年04月～H28年03月 D 検査 外来				
分類コード		D285		
分類名称		認知機能検査その他の心理検査		
診療行為コード		160085910	160086010	160086110
診療行為		認知機能検査心理（容易なもの）	認知機能検査心理（複雑なもの）	認知機能検査心理（極めて複雑なもの）
点数		80	280	450
総計		982,920	70,972	91,851
男	0から64歳	333,725	17,242	16,096
	65-84歳	62,869	13,173	21,004
	85歳以上	35,679	6,456	10,261
女	0から64歳	414,018	11,869	8,495
	65-84歳	122,498	19,340	31,357
	85歳以上	35,679	6,456	10,261
計	0から64歳	747,743	29,111	24,591
	65-84歳	185,367	32,513	52,361
	85歳以上	71,358	12,912	20,522

- 85歳以上で、年に少なくとも1回検査が行われた人は、「容易なもの（長谷川式やMMSEはここに含まれる）」10人に1人。ただし検査はうつ病の除外のための検査や行動心理症状なども含まれる。しかしこれらの検査は治療効果の判定には不十分である
- 「極めて複雑なもの（治療効果判定に適切なADASなどはここに含まれる）」は50人に1人。治療の効果判定が行える検査はほとんど行われていない。ほとんどの薬物療法は評価せずに処方が続けられている。

- 降圧剤を服用しても効果がなければ降圧剤は変更される。効果のない治療薬を継続することは不経済であるだけでなく、適切な治療を受ける権利が奪われている。
- 認知症の薬物療法が積極的に行われないのは、本人は認知症のために治療についても理解できなくなっている、どうせ治らないといった偏見があるためかもしれない。本人も周囲に迷惑をかけているとの立場の弱さから主張できないことがあるかもしれない
- 次世代の治療薬がいずれ臨床で用いられるようになる。せめてそのときには効果判定を行う認知症医療にしたい

17

2. 当事者の発信

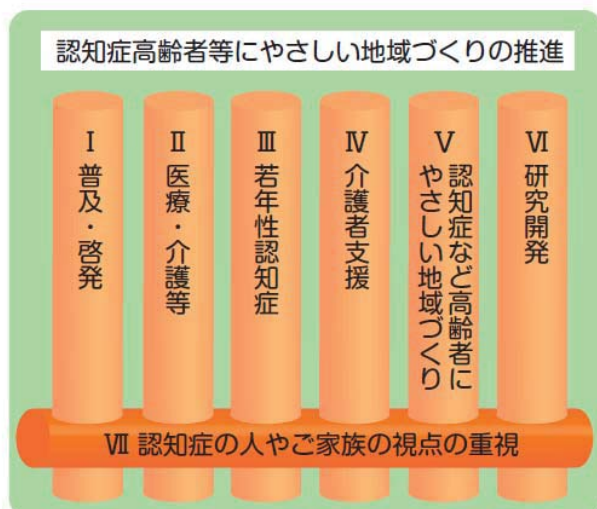
18

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの7つの柱

○「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していきます。



「VII 認知症の人やご家族の視点の重視」は、他の6つの柱に共通するプラン全体の理念でもあります。



19

認知症施策推進大綱 2019.6.18 “5つの柱”

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

20

認知症基本法案要綱（衆法 第198回国会 30 認知症基本法案）

三 基本理念

1 常に認知症の人の立場に立ち、認知症の人及びその家族の意向の尊重に配慮して行われること。

2 認知症に関する国民の理解が深められ、認知症の人及びその家族がその居住する地域にかかわらず日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるとともに、認知症の人が地域において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することを妨げられないことを旨とすること。

3 認知症の人の意思決定の支援が適切に行われるとともに、その意向を十分に尊重し、その尊厳を保持しつつ、切れ目なく保健医療サービス、福祉サービスその他のサービスが提供されること。

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/youkou/g19805030.htm

21

認知症基本法案要綱（衆法 第198回国会 30 認知症基本法案）

第二 認知症施策推進基本計画等

二 都道府県認知症施策推進計画

3 都道府県は、都道府県計画の案を作成しようとするときは、あらかじめ、認知症の人及び家族等の意見を聴くよう努めなければならないこと。
(第十二条第三項関係)

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/youkou/g19805030.htm

22

強制治療／治療・ケアの代理判断

- 身体拘束
- 抗精神病薬の服用 (chemical restraint)
- 施設入所
- 医療機関への入院
 - 一般身体科病院
 - 精神科病院

身体拘束を全面的に廃止した（しようとしている）精神科病院もある。そうした病院では、身体拘束をしない医療を提供するようになったことで、向精神薬の使用が減っているという

23

ENSURING A HUMAN RIGHTS-BASED APPROACH FOR PEOPLE LIVING WITH DEMENTIA



PANEL*

Participation
Accountability
Non-discrimination
Empowerment
Legality

24

PARTICIPATION

- People living with dementia and their caregivers have the right to participate in all decisions which affect their lives and wellbeing. Additionally, people living with dementia and their caregivers have the right to participate in the formulation and implementation of policies that affect them.

25

EMPOWERMENT

. . . Clear distinction should be made between mental capacity and legal capacity in order to clarify that the right to exercise legal capacity should not hinge on mental assessments. . . in many countries, there exist legal provisions that allow forced treatment and substitute decision making in relation to psychiatric and other medical treatments. . . Those legislative provisions should be abolished and replaced by legislation that ensures free and informed consent to treatment, supported decision-making, and procedures for implementing advance directives.

26

LEGALITY

All measures related to dementia adopted by States and other stakeholders should be linked to human rights standards contained in, and principles derived from, **the Universal Declaration of Human Rights and other international human rights instruments.**