

---

---

# 軽度認知障害と認知症に対する リハビリテーションのエビデンスと 治療戦略

## Evidence and Treatment Strategies in Rehabilitation for Mild Cognitive Impairment and Dementia

国立長寿医療研究センター リハビリテーション科/医長

大沢 愛子\*

---

---

### はじめに

最新の推計（認知症施策推進関係者会議（第2回）：厚生労働省<sup>1)</sup>）では、将来の我が国の認知症者並びに軽度認知症者の有病者数は、以前に考えられていた数よりも減少すると予測された。しかし、それでも2050年の我が国の認知症者数は586.6万人、軽度認知障害（Mild cognitive impairment：MCI）者数は631.2万人と推計され、また認知症は65歳以上の高齢者の要介護要因の第一位であり、医療・福祉分野において、認知症が重要な予防対象・治療対象であり続けることは論を俟たない。

認知症の治療には薬物療法と非薬物療法があるが、両者はいずれも認知症の治療戦略に不可欠である<sup>2)</sup>。本稿では後者のMCIと認知症の非薬物療法に関するエビデンスを紹介するとともに、その中心をなすリハビリテーションの具体的な内容について紹介する。

### 認知症に対するリハビリテーションの方針

令和元年に発表された認知症施策推進大綱では、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

の5つの柱を掲げ、対策のキーワードとして「共生」と「予防」が挙げられた。その中で、医療機関や介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関、介護施設等での対応が固定化されないように、そのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することを目指している。

さらに、令和6年1月1日に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、認知症基本法）では、認知症施策推進大綱の方針を活かしつつ、認知症の人の個性や人権を尊重し、政策形成や街づくり、研究開発などへの当事者の参画が強調され、支える-支えられるの関係を脱却し、それぞれが互いに支え合う共生社会の実現を目指している。

リハビリテーションは非薬物療法の中心となるものであり、認知機能や運動機能に対する治療、及び、認知症の行動心理症状（Behavioral psychological symptoms of dementia：BPSD）への対応だけでなく、家族介護者や地域を含む環境へのアプローチにも力を発揮し、共生社会の実現のためには欠かせないものである。その意味では、医療機関のみならず、介護施設や社会に、広く、その考え方や

---

\* Aiko Osawa M.D. Ph.D.: Chief physician Department of Rehabilitation Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology

技術が広まるべきである。特に我々のような医療機関では、専門医による診断を行った上でリハビリテーション治療計画を立てることができ、原因疾患によってクリニカルコースが異なる認知症において、そのメリットは大きい。さらに、薬物療法との併用や薬剤の調整が容易に実施できることも、医療機関でリハビリテーションを行うメリットである。介護保険サービスに移行すると診断や薬物療法の面で資源が不十分となりやすいため、疾患に基づく適切な治療方針を定め、社会資源サービスとの橋渡しを行うことも、医療機関の努めと考える。

### 認知症に対する非薬物的介入の方向性

これまで、医療や介護分野においては、認知症の人と家族介護者を対象とする様々な非薬物的治療とケア的アプローチが実践されてきた。特に最近では、治療やケアにおいても当事者の意見や感情を尊重することがますます重要視され、さらに、最近の疾患修飾薬の登場により、非薬物療法も再度注目を集める領域となっている。

本邦の非薬物療法は「認知症疾患診療ガイドライン2017」<sup>3)</sup>に準じて実施されている。非薬物療法の位置付けとしては「認知症の治療は認知機能の改善と生活の質の向上を目的として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせで行う。BPSDには非薬物療法を薬物療法より優先的にを行うことを原則とする」と明記されており、認知機能や生活の質に対する効果を期待し、Person-centered careを基本とする非薬物療法によりBPSDの改善が図れることが示されている<sup>4)</sup>。非薬物療法の代表的な手法としては、認知機能訓練、認知刺激、現実見当識訓練、回想法、音楽療法、日常生活活動(ADL)訓練、運動療法、レクリエーション療法、多感覚刺激療法、バリテーション療法などがあり、介護者家族に対する代表的な手法は、心理教育、疾患教育、介護手法訓練、レスパイトケア、セルフケア訓練などがある。実際のリハビリテーションでは、これらの手法を組み合わせ提供している。

このように、認知症に対する非薬物療法はさまざまな方面で期待されているが、認知症疾患診療ガイドラインも発行から年数が経ち、非薬物療法の動向の変化が気になる場所である。そこで我々は、認知症やMCIの人々とその家族介護者へのサポートに関する最新のエビデンスを提供するために、「認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン2022」<sup>5)</sup>を作成した。

### 認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入のエビデンス

「認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン2022」<sup>5)</sup>では、2015年5月以降に発表された認知症に関する介入研究の論文を詳細に調査し、作成時点で最良と思われる非薬物的介入やケアの情報を盛り込んだ。

簡便にまとめると、認知症とMCIの人に対しては、運動や認知賦活などを含む多因子介入や音楽療法を含むプログラムが良好な結果をもたらすというエビデンスが示された。特に運動に関しては最も強いエビデンスが出ており、有酸素運動や筋力増強訓練を含む複合的な運動療法や、認知機能と運動機能を同時に賦活するような複合的介入の効果が高かった。認知刺激、回想法、現実見当識訓練、コンピュータ化された認知プログラムを含む認知刺激や認知リハビリテーションは、言語機能や記憶機能に対する弱いエビデンスを有していたが、MCIや軽度の認知症の人以外では実施が難しいという状況も示された。言語・コミュニケーション障害に対する認知刺激療法や多感覚刺激環境、拡大・代替コミュニケーション療法はコミュニケーション基盤の安定や家族介護者の負担軽減に弱いエビデンスがあり、原発性進行性失語に対しても、語の意味に焦点をあてた言語・コミュニケーション訓練は高いエビデンスがあり、短期的には実施することが提案される。残念ながら日常生活への汎化や長期間の効果のエビデンスは現在は乏しいが、コミュニケーションは文化的な社会生活や日常生活の基礎となるものであり、当事者にとっては非常に重要な問題であるため、何らかのコミュニケーション手段を確保できるよう、治療者は心がけるべきである。

### MCIと認知症に対するリハビリテーションの治療戦略

上記のような最新のエビデンスによると、MCIと認知症に対するリハビリテーションでは、MCIの時期から認知症の発症予防を目的とした複合的な介入を行い、認知症発症後も初期の段階から運動や認知訓練、言語・コミュニケーション訓練を含む包括的なプログラムを提供することが進行予防にも効果的である。このため、すべての期にわたって適切で積極的な非薬物療法を提供できるシステムや環境を構築すべきである。同時に、介護負担の軽減やQOLの向上に向け、家族介護者に対

しても並行してアプローチを行い、介護技術を上向きさせ、なるべく長く家庭での生活が維持できるよう、心理面も含めた支援を行うべきであると考えられる。

一方で、MCIや認知症の人及び家族介護者など、当事者の意見を反映させる機会は圧倒的に少なく、そのような研究もほとんど実施されていない。医療やケア分野においても、「本人・家族のニーズ」に基づいたエビデンスはまだ不十分であり、今後の共生社会の実現のために、我々の努力が求められている。

#### 参考文献

- 1) 認知症施策推進関係者会議（第2回）配布資料 9. 厚生労働省, [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho\\_kankeisha/dai2/siryou9.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_kankeisha/dai2/siryou9.pdf) (2024.5.18 閲覧)
- 2) Cammisuli DM, Innocenti A, Fusi J, Furanzoni F, et al.: Aerobic exercise effects upon cognition in Alzheimer's Disease: A systematic review of randomized controlled trials. Arch Ital Biol, 156 (1-2) : 54-63 (2018) .
- 3) 日本神経学会監修（「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集）：認知症疾患診療ガイドライン2017. 医学書院, 東京 (2017) .
- 4) Brodaty H, Arasaratnam C: Meta-analysis on nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry. 2012; 169 (9) : 946-953.
- 5) 「認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン2022」作成委員会：認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン2022, 新興医学出版, 東京 (2022) .

この論文は、2024年5月18日（土）第25回九州老年期認知症研究会で発表された論文です。