

## 認知症基本法

ふくし@JMI 小湊純一。

令和6年1月1日施行

### 共生社会の実現を推進するための認知症基本法

(目的)

第一条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展に伴い認知症である者（以下「認知症の人」という。）が増加している現状等に鑑み、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、認知症に関する施策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体等の責務を明らかにし、及び認知症施策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、認知症施策の基本となる事項を定めること等により、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって**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（以下「共生社会」という。）の実現を推進する**ことを目的とする。

(基本理念)

第三条 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、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

一 **全ての認知症の人が、基本的人権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ようにすること。**

みやぎ認知症応援大使

<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/chouju/ouentaishi/taishitopp.html>

Denmy／認知症当事者ネットワークみやぎ

<https://denmy.jp/2019/>

二 **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ようにすること。**

## 4 認知機能や判断能力

### ○認知症（中核症状）（No.50～No.55）

- ・認知障害があるかどうか、一時的なのか、慢性的なのか判断します。慢性の場合、どの程度、どのように生活に支障があるのかを、できる限り具体的に把握します。

No.	情報項目	具体的状況	検討
50	複雑性注意	次の様子がみられるかどうか確認します。 <input type="checkbox"/> 気が散る <input type="checkbox"/> 物事に集中できない、ぼーっとしている <input type="checkbox"/> 動作がゆっくり（緩慢） <input type="checkbox"/> 反応にムラがある <input type="checkbox"/> 半側空間無視がある <input type="checkbox"/> 睡眠時間が増える <input type="checkbox"/> 起きていても眠い <input type="checkbox"/> 感情のコントロールができない <input type="checkbox"/> 匂いや音に気がつかない <input type="checkbox"/> 匂いや音に過敏に反応する <input type="checkbox"/> 疲れやすい など	
51	実行機能	次の様子がみられるかどうか確認します。 <input type="checkbox"/> 手順がわからなくなる <input type="checkbox"/> 失敗しても気がつかない <input type="checkbox"/> 家事が単純になる <input type="checkbox"/> 買い物に行ってもどうしたらよいかわからなくなる <input type="checkbox"/> 料理の手順がわからなくなる など	
52	学習と記憶（即時、近時、遠隔）	次の様子がみられるかどうか確認します。 <input type="checkbox"/> 約束を忘れる <input type="checkbox"/> ものを置き忘れる、しまい忘れる <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う <input type="checkbox"/> 新しいことを覚えることができない 陳述記憶、エピソード記憶、意味記憶、非陳述記憶、手続き記憶に支障があったかどうか確認します。	

		①短期記憶（即時記憶、作業記憶）に支障があったかどうか、②長期記憶（近時記憶、遠隔記憶）に支障はあったかどうかを確認します。	
53	言語（失語）	<p>次の様子がみられるかどうかを確認します。</p> <p><input type="checkbox"/>他人の考えを理解したり、自分の考えを表現したりするのが困難になる</p> <p><input type="checkbox"/>言葉が出てこなくなる（換語困難）</p> <p><input type="checkbox"/>言葉の意味がわからなくなる</p> <p><input type="checkbox"/>日常会話のキャッチボールができなくなる</p> <p><input type="checkbox"/>「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする</p> <p><input type="checkbox"/>何度も聞き直す</p> <p><input type="checkbox"/>話のつじつまが合わない など</p>	
54	知覚-運動（失認、失行）	<p>次の様子がみられるかどうかを確認します。</p> <p><input type="checkbox"/>着替えができない</p> <p><input type="checkbox"/>髪をとかすことができない</p> <p><input type="checkbox"/>お茶をいれることができない</p> <p><input type="checkbox"/>入浴時に身体を洗えない</p> <p><input type="checkbox"/>家電製品やリモコンの使い方がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>手づかみで食事をする（箸やスプーンを使えない）</p> <p><input type="checkbox"/>知っている人の顔がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>文字の形がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>色がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>左右がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>美しい風景を楽しめなくなった</p> <p><input type="checkbox"/>トイレの便器を見ても形がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>全体を見ないで一部だけを見ている</p> <p><input type="checkbox"/>位置関係や段差・奥行きがわからない</p> <p><input type="checkbox"/>はじめて行った場所で道に迷う</p> <p><input type="checkbox"/>自分の家でもトイレの場所がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>音楽を聴いても楽しめない</p> <p><input type="checkbox"/>救急車やパトカーのサイレンを聞いても意味がわからない など</p>	

55	社会的認知	<p>次の様子がみられるかどうかを確認します。</p> <p><input type="checkbox"/>他者の心の動きを推察することができない</p> <p><input type="checkbox"/>他者が自分とは異なる考えをもっていることを理解することができない</p> <p><input type="checkbox"/>他者の言葉の内容、話し方、行動の背景にある思考や感情、性格、動機を読み取ることができない など</p>	
----	-------	---	--

### アセスメントのポイントと目的、ケアプラン作成にあたっての考え方

#### ○情報項目の目的

認知症は、最近の出来事や過去の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり、話を理解したりするのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

認知能力の低下あるいは認知症のほとんどは慢性的に進行します。そのため、認知能力の低下した高齢者に対するケアは、治療というよりも、生活の質を向上すること、機能を維持すること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持することに焦点を当てることとなります。できる限り具体的に把握することが大切です。

また、生活にどのような支障をきたしているか把握するといっても、できないことだけを評価するのではなく、「できること」を把握する、もしくは「こうするとできる」というところをいかに把握できるかがポイントです。

認知症の行動・心理症状 (BPSD) 等による行動障害のある利用者を把握し、原因を探るとともにその解決策を検討します。

また、行動障害が改善されたにもかかわらず、行動制限につながるおそれのあるケアを受けている利用者を把握して対応することが目的です。行動障害の原因のすべてが、認知症であるとは限りません。原因は、そのほかの病気や精神障害、うつや不安、ケアスタッフの対応、環境や生活習慣などさまざまです。

また、行動障害は、本人、家族や周りの人にとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある利用者とのかかわりは難しい場合があります、過剰な抑制や必要以上の向精神薬の使用を招くことがあります。

#### ○アセスメント (評価) のポイント

認知症は、利用者本人よりも家族や介護者の負担がクローズアップされる場合が多くみられます。しかし、ケアマネジャー (ケアスタッフ) は、高齢者支援の専門職ですから、家族や介護者ではなく、認知障害のある利用者本人の視点でとらえることがその専門性です。

また、「認知症」といっても、その原因疾患は 70 種類以上といわれ、中核症状も行動・心理症状も、その程度もさまざまです。さまざまな障害とその特性を理解することができ

るよう、日々のケーススタディなどを通じたスキルアップが必要です。

認知症は、①複雑性注意、②実行機能、③学習と記憶、④言語、⑤知覚-運動、⑥社会的認知の6つの認知領域のうち、1つ以上に、以前の水準より明らかな低下がみられるとともに、生活に支障をきたしている場合とされています。

### ① 複雑性注意 (No.50)

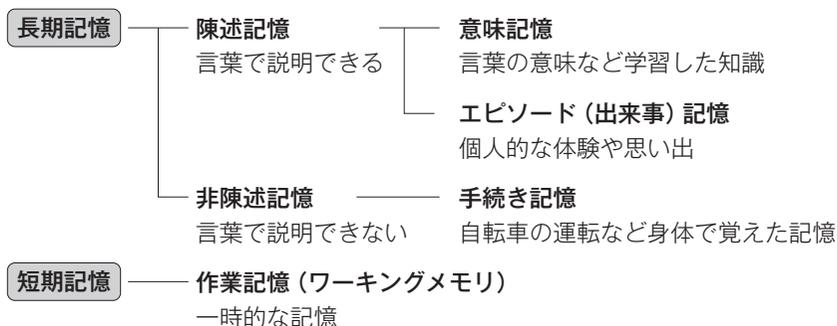
それまで行っていたことに以前より時間がかかるようになってくる、普通にしていたことを間違えるようになってきた、家族など身近な人から再確認する必要性が出てきたことに気づかれる、別のことをしながらだと考えがまとまらなくなってきたなどがみられるようになってきていないかどうかを確認します。

### ② 実行機能 (No.51)

段取りを組んで行うことが簡単でできなくなり苦勞するようになってくる、複数の作業を同時に行うことが難しくなってくる、何かの作業をしていたときに来客や電話があっただけでいったん中断されるとその作業を再開するのが難しくなってしまう、物事を整理したり、考えたり、意思決定をするのに以前より労力を必要とするため疲れやすくなる、会話の切り替えについていくことに努力が必要になり、大人数での集まりが楽しめなくなってくるなどが起きていないかどうかを確認します。

### ③ 学習と記憶 (即時、近時、遠隔) (No.52)

記憶は、その保持時間の長さによって短期記憶、長期記憶に区分することができます。また、その内容によって、陳述記憶と非陳述記憶に分類されます。陳述記憶は意味記憶とエピソード記憶とに分けることができ、非陳述記憶には手続き記憶が含まれます。



約束を忘れる、ものを置き忘れたり、しまい忘れりする、同じことを何度も繰り返す、新しいことを覚えることができないなどのほか、最近の出来事を思い出すのに苦勞する、予定表やカレンダーにますます頼るようになる、人の名前や映画の登場人物を覚えておくために繰り返し手がかりや学習が必要になってくる、長時間、同じ人に同じ内容のことを繰り返す、用事を済ませたかどうか思い出せないなどの様子がみられることがないかどうか確認します。

**④ 言語 (失語) (No.53)**

言いたいことははっきりしているのに言葉が出てこない、固有名詞、特に人の名前を思い出そうとするときや、物や出来事を表す普通名詞が出てこないで「あれだよね」「わかるよね」などを多用するようになる、面識がある人の名前を呼ばなくなる、「この～、あの～」「～が、～の、～に、～を」「～られる、～ない、～たい、～らしい」などを省略したり、使い方を間違えたりすることがないかどうかを確認します。

**⑤ 知覚 - 運動 (失認、失行) (No.54)**

外出の際、以前より地図などに頼ることが多くなった、はじめての場所に行くためにメモに頼ったり人に尋ねたりすることが多くなった、集中していないと道に迷うようになった、以前より駐車が難しくなってきた、物を組み立てる、縫い物をするなどの作業に多くの努力が必要になってきたなどを確認します。

**⑥ 社会的認知 (No.55)**

相手の行動や態度の微妙な変化から、どう対応すればよいのか認識したり、顔の表情から相手の気持ちを讀んだり、相手の気持ちに共感したりすることが難しくなります。また、性格が外向的もしくは内向的に変化してきたり、感情の抑制がきかなくなったり、一時的に表情が乏しくなったり (アパシー)、落ち着きがなくなったり、人が変わったと思われたりすることがあります。

## ○認知症（行動・心理症状）（No.56、No.57）

- ・認知症の行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）は、「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状」です。環境や体調、周囲の人との関係に影響される症状ともいえます。

No.	情報項目	具体的状況	検討
認知症（行動・心理症状）			
56	行動症状	次の様子がみられるかどうかを確認します。 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> パニック発作 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 攻撃性（暴行、暴言） <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 活動障害（徘徊、常同行動、無目的な行動、不適切な行動） <input type="checkbox"/> 食行動の異常（異食、過食、拒食） <input type="checkbox"/> 睡眠覚醒障害（不眠、レム睡眠行動異常）	
57	心理症状	次の様子がみられるかどうかを確認します。 <input type="checkbox"/> 被害妄想（もの盗られ妄想、嫉妬妄想など） <input type="checkbox"/> 幻覚（幻視、幻聴など） <input type="checkbox"/> 誤認妄想（ここは自分の家でない、配偶者が偽者であるなど） <input type="checkbox"/> 感情面の障害（抑うつ、不安、興奮、アパシーなど）	

高齢者支援の分野で、いまだに「問題行動」という言葉が使われていることは大変悲しいことです。「問題行動」というと、どうしても「高齢者に問題がある」ととらえられ、「問題老人」のように接してしまいます。

ケアマネジャー（ケアスタッフ）は、生活に何らかの支障をきたしている高齢の利用者が支援の対象です。高齢者その人に問題があるのではなく、「その人が抱える病気や障害、もしくは周りの人のかかわりや環境に問題がある」と理解してかかわることが、その専門性であり役割です。

○意思決定能力、意識障害 (No.58～No.60)

No.	情報項目	具体的状況	検討
<b>意思決定能力</b>			
58	意思能力 (判断能力)	自分がこうしたら、自分にどんなことが起きるか、どんな責任を負うのかなどを理解し、判断する能力はどうかを確認します。	
59	認知機能の低下*	おおむね過去3か月以内の低下があるかを確認します。	
<b>意識障害</b>			
60	せん妄	一時的な意識の混乱はあるかを確認します。	

アセスメントのポイントと目的、ケアプラン作成にあたっての考え方

○情報項目の目的

利用者の認知機能のアセスメントは、①複雑性注意、②実行機能、③学習と記憶、④言語、⑤知覚-運動、⑥社会的認知の6つに分類することが目的ではありません。医師のように診断するわけでもありません。ケアマネジャー(ケアスタッフ)は6つの物差しをうまく活用し、認知の障害により、生活のどのような場面にどのような支障があらわれてきたのかを把握できればよいのです。

例えば、「何度も同じ話を繰り返す」を、③の「学習と記憶」の障害としてアセスメントするのか、もしくは④の「言語」としてアセスメントするのか、または、認知障害ではなく、「11 社会との関わり」の「不安・心配」としてアセスメントするのかなどと迷う必要はありません。いずれかのアセスメント項目もしくは複数のアセスメント項目でとらえ、見逃さず把握することが重要です。複数の項目で重複してアセスメントしても何の問題もありません。

○アセスメント(評価)のポイント

注意障害(認識、集中、維持、切り替える能力の低下)、意識障害(場所、時間、人、おかれている状況を把握する能力の低下)が急に起こり、数時間から数日続きます。1日のなかで重症度が変化するような状態です。

**認知症のある人へのかかわり方**

認知障害の特性を知らない人が、認知障害に伴う行動や言動を目にすると、「困った人」扱いしてしまうことが多くみられます。それは、その人に対し大変失礼です。

認知障害のあるその人が、周りを混乱させる行動や言動をしているのではなく、認知症などの障害がそのような行動をとらせていると考え、「困った人」ではなく、「困って

いる人」「混乱している人」「不安になっている人」という本人視点に基づく対応が、高齢者支援の専門職であるケアマネジャー(ケアスタッフ)の専門性です。

また、認知障害を理解した対応ができずに、その人を混乱させてしまうのは、高齢者その人に問題があるのではなく、その人にかかわる、もしくはその人を介護する周りの人に問題があるということになります。認知障害をよく知らない家族ならやむを得ないことですが、高齢者支援の専門職である、ケアマネジャー(ケアスタッフ)にはあってはならないことです。

例えば、「いい天気だから散歩に行きましょう」といって、スタッフが手を引こうとしたとします。すると、高齢者が「何するの!」と、その手を払いのけました。このかわりはどうでしょう?

スタッフは、「せっかく散歩に連れて行こうと思ったのに拒否された」と思うかもしれませんが、その人に認知障害があるとわかっていれば、「言われていることが理解できず、声をかけている人が誰だかわからないのかもしれない。見ず知らずの人から急に手を引かれれば嫌がるのが当たり前」と考え、本人の大変さに合わせた対応を工夫するでしょう。また、「拒否」という相手に問題があるようなとらえ方ではなく、「嫌がられてしまいました」などと、スタッフのかかわりに問題があるととらえることが重要です。

認知障害の原因疾患の一部には「病識が薄い」場合がありますが、軽度や中等度の認知症のほとんどは、自分自身の認知能力が低下していくことに対して怒りや不安を覚えたり、気持ちが落ち込んだりします。「認知症になると自分の能力が衰えていくのに気がつかない」と、以前は言われることがありましたが、それは誤りです。

同様に、「認知症になると何もわからなくなる」という極端な認識も誤りです。簡単な言葉であれば理解できる、考えるのがゆっくりになる、返答までに時間がかかるといったことに配慮し、本人との会話、話し合いを通じて、認知能力や、生活にどのような支障をきたしているのかを把握していきます。

ケアマネジャー(ケアスタッフ)には、本人がわかりやすいように説明する「義務」があります。また、一人の人として敬意を払ったかわりも欠かせません。

認知障害は生活のほとんどすべてに影響します。例えば、ADLの更衣と「着衣失行」、失禁と「認知機能性尿失禁」、行動障害の「怒る」と「脱抑制」、「道に迷う」と「失認」など、ほかのアセスメント項目の支障と認知障害とを関連させて評価するようにします。

意思決定能力の評価は、介護保険の基本理念の一つ「自己決定の尊重」に大きくかわるものです。介護サービスの選択だけでなく、これからの生活を決定する大切な場面でもこの評価は重要です。

成年後見制度申し立て時にケアマネジャーに依頼される「本人情報シート」(次頁参照)への記載や、サービス担当者会議、地域ケア会議、さらに、今後機会が増えるであろう「意思決定支援会議」を開催する際、ケアマネジャーによる意思決定能力の評価が求められるようになります。

# ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識①

## 1. Major Neurocognitive Disorder：認知症

- ① 一つまたはそれ以上の認知症の項目で、以前の活動レベルから明らかな生活障害をきたしている
- ② 認知障害が日常生活における自立性を障害している
- ③ 認知障害はせん妄の経過でのみあらわれるものではない
- ④ 認知障害はほかの精神障害(うつ病・統合失調症)ではよりよく説明されない

## 2. Mild Neurocognitive Disorder：軽度認知障害

- ① 一つまたはそれ以上の認知症の項目で、以前の活動レベルから中等度の認知障害をきたしている
- ② 認知障害が日常生活における自立性に対する能力を障害していない(努力、代償性の対策、便宜を要する)
- ③ 認知障害はせん妄の経過でのみあらわれるものではない
- ④ 認知障害はほかの精神障害(大うつ病性障害・統合失調症)ではよりよく説明されない

## 3. Delirium：せん妄

- ① 注意と意識の障害
- ② 障害は数時間から数日間のうちの短期間で発症して、通常の注意や意識からの変化があり、1日を通して重症度が変動する傾向がある
- ③ 認知における追加的な障害がある(記憶障害・見当識障害・言語障害・知覚障害・視空間能力の障害)
- ④ 基準①と③における障害は認知障害によってはよりよく説明されない。また、覚醒障害で発症したものではない
- ⑤ その障害が一般身体疾患、物質中毒または離脱、もしくは毒性物質への曝露といった直接的な生理学的結果もしくは多重の病因により引き起こされたという証拠がある

## 4. BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動・心理症状)

- ① 行動症状
  - 焦燥、不穏状態、パニック発作、脱抑制、攻撃性(暴行、暴言)拒絶、活動障害(徘徊、常同行動、無目的な行動、不適切な行動)、食行動の異常(異食、過食、拒食)、睡眠覚醒障害(不眠、レム睡眠行動異常)

# ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識②

## ——主たる認知症原因疾患の中核症状と行動・心理症状

### 1. アルツハイマー型認知症

#### ① 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、見当識障害、判断力低下、言語の障害(失語)、行為の障害(失行)、知覚の障害(失認)、計画を実行する能力の障害

#### ② BPSD(行動・心理症状)

- ・不安・焦燥・抑うつ・意欲低下・不眠・興奮・幻覚・妄想・暴力・徘徊

FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)

アルツハイマー型認知症のステージ指標で進行度を7段階に分けて分類する

- ① 正常 (FAST 1) : 認知機能低下なし
- ② 年齢相応 (FAST 2) : 物の置き忘れ、喚語困難
- ③ 境界状態 (FAST 3) : 熟練を要する仕事で支障、初めての場所への旅行が難しい
- ④ 軽度のアルツハイマー型認知症 (FAST 4) : 金銭管理が難しい、買い物に支障が出てくる
- ⑤ 中等度のアルツハイマー型認知症 (FAST 5) : 季節に合った服装を選べない、入浴するときに説得することが必要、車の運転で事故を起こす
- ⑥ やや高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 6) : ㉑不適切な着衣、㉒入浴に介助を要する、㉓トイレの水を流せなくなる、㉔尿失禁、㉕便失禁
- ⑦ 高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 7) : ㉖最大約6語に限定された言語機能の低下、㉗理解し得る語彙はただ一つの単語、㉘歩行能力の喪失、㉙着座能力の喪失、㉚笑う能力の喪失、㉛昏迷及び昏睡

### 2. レビー小体型認知症 (DLB)

#### ① 概要

- ・パーキンソン病の類縁疾患
- ・長期経過したパーキンソン病から発症する場合もある
- ・進行性の認知機能低下を示す神経変性疾患
- ・注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の変動
- ・ありありとした、繰り返される幻視
- ・アルツハイマー型認知症と比べ、記憶障害が軽度のことが多い

- 系統的な内容の妄想（誤認妄想）、他の幻覚、抑うつ、不安・焦燥、パーキンソン病の運動症状

- 抗精神病薬に対する過敏性

## ② 中核症状

- 睡眠障害：レム睡眠行動異常、むずむず脚症候群、過眠・不眠
- 意識障害：認知機能の変動、一過性意識障害
- 感覚障害：痛み、異常感覚、嗅覚障害
- 運動障害：パーキンソニズム、振戦、固縮、無動、姿勢反射障害
- 認知機能障害：健忘、注意障害、視空間失認、実行機能障害
- 自律神経障害：便秘、頻尿、体温調節障害、発汗障害、起立性低血圧、インポテンツ
- 精神症状：うつ状態、躁、多幸、不安、パニック、強迫的行為、病的賭博・買い物、幻視・錯視、妄想・せん妄

## 3. 前頭側頭葉変性症 (FTLD)

### ① 概要

著明な人格変化や行動障害、言語障害を主徴とし、前頭葉、前部側頭葉に病変の主座とする変性疾患。有効な薬物療法はない。病変部位によって、3つのタイプに分けることができる。特定の神経病理所見的特徴に対応しているわけではない。

- 前頭側頭型認知症：いわゆるピック病
- 意味性失語症：意味記憶の障害。言葉の意味がわからない
- 進行性非流暢性失語症：表出言語の障害

### ② 中核症状

- 自発性の低下
- 感情・情動変化：多幸感、焦燥感、不機嫌、感情鈍麻、無表情
- 無関心（自己および周囲に対して）・病識の欠如・記憶力障害：初期は目立たない
- 被影響性の亢進、転動性の亢進、維持困難
- 脱抑制・反社会的行動：本能のおもむくままにわが道を行く行動、衝動的な暴力、盗食、窃盗
- 常同行動：周遊、食行動、言語、“時刻表的生活”

# ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

## ——高次脳機能障害

### 高次脳機能障害とは

交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を「高次脳機能障害」といいます。

これまで、医学的、学術的な定義では、高次脳機能障害は、脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障害全般をさしていました。例えば、言語の障害である「失語症」や道具がうまく使えなくなる「失行症」、知的なはたらきや記憶などはたらきが低下する「認知症」のほか、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」などが含まれます。

一方で、厚生労働省が平成13年から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」では、身体の障害がなかったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって、日常の生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることがわかりました。

このような人に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、その認知の障害を「高次脳機能障害」と呼ぶ、「行政的な」定義が設けられました。

### 高次脳機能障害の原因

#### □脳血管障害

最も多いのは脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など）です。脳の血管が詰まったり、出血を起こしたりすることで、脳の機能を損なうものです。

#### □外傷性脳損傷

次いで多いのは、外傷性脳損傷（脳外傷、頭部外傷）です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで、脳が傷ついたり（脳挫傷）、脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。

#### □その他の原因

脳炎、低酸素脳症など

### 高次脳機能障害の主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で、次のような症状があり、それが原因となって、対人関係に問題が生じたり、生活への適応が難しくなっていたりする場合、高次脳機能障害が疑わ

れます。

#### □記憶障害

記憶障害とは、事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり、新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

- 物の置き場所を忘れてたり、新しい出来事が覚えられない
- 何度も同じことを繰り返し質問する
- 一日の予定を覚えられない
- 自分のしたことを忘れてしまう

#### □注意障害（半側空間無視を含む）

注意障害とは、周囲からの刺激に対し、必要なものに意識を向けたり、重要なものに意識を集中させたりすることが、うまくできなくなった状態をいいます。

- 気が散りやすい
- 長時間一つのことに集中できない
- 一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
- 周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする
- 片側にあるものだけを見落とす

#### □遂行機能障害

遂行機能障害とは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、行動するといったことができない、また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

- 指示してもらわないと何もできない
- 物事の優先順位をつけられない
- いきあたりばったりの行動をする
- 間違いを次に活かさない

#### □社会的行動障害

社会的行動障害は、行動や感情を場面や状況に合わせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

- すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない
- 無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない
- 態度や行動が子どもっぽくなる
- 場違いな行動や発言をしてしまう
- じっとしてられない

#### □自己認識の低下（病識欠如）

- 自分が障害をもっていることに対する認識がうまくできない

- うまくいかないのは相手のせいだと考えている
- 困っていることは何もないという
- 自分自身の障害の存在を否定する
- 必要なりハビリや治療などを拒否する

#### □失行症

- 道具がうまく使えない
- 日常の動作がぎこちなくなる
- ふだんしている動作であっても、指示されるとできなくなる

#### □失認症

- 物の形や色、触っているものが何かわからない
- 人の顔が判別できない

#### □失語症

- 自分の話したいことをうまく言葉にできない、滑らかに話せない
- 相手の話が理解できない
- 文字を読んだり、書いたりすることができない

#### □身体の障害として

- 片麻痺、運動失調など

### 高次脳機能障害への対応

高次脳機能障害の症状は、脳の損傷した部位によって、人それぞれ異なり、重症度もさまざまです。また、その場の環境や対応する相手によって、あらわれ方が異なる場合があります。しかし、周囲の環境を整えたり、対応の仕方を工夫したりするなど、適切な対応をとれば、それまでうまくできなかったことができるようになったり、問題行動が減ったりすることがあります。

#### □家族・周囲の人が高次脳機能障害を理解する

以前と人が変わってしまった、それまではできていたことができなくなってしまったなどとさまざまな変化があります。まずは、その変化を理解することから対応は始まります。

#### □目に見えない障害を想像する

高次脳機能障害のある人の行動や反応に興味をもって、「どうしてそのような行動をとっているのか」「なぜこんなふうに反応するのか」と想像力をはたらかせることが、その人への適切な対応を探る第一歩となります。

#### □忍耐力をもって接する

適切な対処法を繰り返し実行して、その結果、毎日の生活のなかで、できることが一つひとつ増えていきます。繰り返し行って習慣にしていけることは非常に手間がかかり、根

気がいらいます。すぐに結果を求めて、本人を追い込んでしまうことがないように、忍耐力をもって接することが大切です。

□**環境を整える**

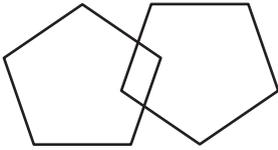
高次脳機能障害のある人は、周囲のさまざまな情報を適切に受け取ることが難しくなります。その人に合わせて生活空間を整える、対応する人（家族、関係するスタッフ）が適切な声かけや支援方法を統一することが大切です。

□**代償手段を身につける**

脳の失われた機能をほかの方法（タイマーや手帳、作業の手順表など）で置き換えることが効果的な場合があります。

## Mini-Mental State Examination (MMSE)検査シート

(医療機関が記入し、コピーを診療情報提供書に添付してください)

質問内容	正誤	点数
1 (5点) 今年は何年ですか 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月ですか 今日は何日ですか		
2 (5点) ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何病院ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか (例 関東地方)		
3 (3点) 物品名3個 (相互に無関係) 検者は物の名前を一秒間に一個ずつ言う。その後、被験者に繰り返させる。正答一個につき1点を与える。3例全て言うまで繰り返す。(6回まで) 何回繰り返したかを記す。【      回】		
4 (5点) 100から順に7を引く(5回まで)。または「フジノヤマ」を逆唱させる		
5 (3点) 3で提唱した物品名を再度復唱させる		
6 (2点) (時計を見せながら) これはなんですか (鉛筆を見せながら) これはなんですか		
7 (1点) 次の文章を繰り返しさせる。 「みんなで力をあわせて綱を引きます。」		
8 (3点) (3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「それを私に渡してください」		
9 (1点) (次の文章を読んでその指示に従ってください。) 「目を閉じなさい」		
10 (1点) (何か文章を書いてください。)		
11 (1点) (次の図形を書いてください)  		
満点は30。カットオフポイント：23/24		

(森 悦郎他：神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 臨床心理学 1985; 1: 2-10)

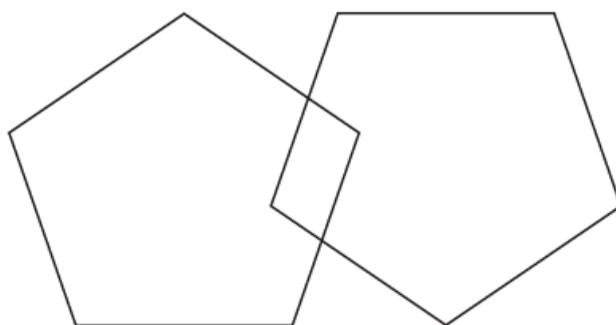
9. 「この文を読んで、この通りにしてください」

めと  
「目を閉じてください」

10. 「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません」

[ ]

11. 「この図形を正確にそのまま書き写してください」



[ ]

# 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

ID                      氏名    日付    検者

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ。)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3.	私達が今いるところはどこですか？ 〔 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？ の中から正しいと選択すれば1点。 〕	0 1 2	
4.	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ので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	0 1 0 1 0 1	
5.	100から7を順番に引いてください。 〔 100-7は？ それからまた7を引くと？ と質問する。 最初の答が不正解の場合、打ち切る。 〕	(93)	0 1
		(86)	0 1
6.	私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2、 3-5-2-9) (3桁逆唱に失敗したら打ち切る。)	2-8-6	0 1
		9-2-5-3	0 1
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 〔 自発的的回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え 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	
8.	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの。)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 〔 答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、 約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る。 〕 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、 9個=4点、10個=5点		
		0 1 2 3 4 5	

合計得点	
------	--

三 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ようにするとともに、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ようにすること。

四 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こと。

五 認知症の人に対する支援のみならず、その家族その他認知症の人と日常生活において密接な関係を有する者（以下「家族等」という。）に対する支援が適切に行われることにより、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ようにすること。

六 認知症に関する専門的、学際的又は総合的な研究その他の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すること。

七 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こと。

（国の責務）

第四条 国は、前条の基本理念にのっとり、認知症施策を総合的かつ計画的に策定し、及び実施する責務を有する。

（地方公共団体の責務）

第五条 地方公共団体は、第三条の基本理念にのっとり、国との適切な役割分担を踏まえて、その地方公共団体の地域の状況に応じた認知症施策を総合的かつ計画的に策定し、及び実施する責務を有する。

（保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者の責務）

第六条 保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者は、国及び地方公共団体が実施する認知症施策に協力するとともに、良質かつ適切な保健医療サービス又は福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

（日常生活及び社会生活を営む基盤となるサービスを提供する事業者の責務）

第七条 公共交通事業者等（高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（平成十八年法律第九十一号）第二条第五号の公共交通事業者等をいう。）、金融機関、小売業者その他の日常生活及び社会生活を営む基盤となるサービスを提供する事業者（前条に規定する者を除く。第二十三条において同じ。）は、国及び地方公共団体が実施する認知症施策に協力するとともに、そのサービスを提供するに当たっては、その事業の遂行に支障のない範囲内において、認知症の人に対し必要かつ合理的な配慮をするよう努めなければならない。

#### （国民の責務）

**第八条 国民は、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とともに、共生社会の実現に寄与するよう努めなければならない。**

#### （認知症の日及び認知症月間）

第九条 国民の間に広く認知症についての関心と理解を深めるため、認知症の日及び認知症月間を設ける。

2 認知症の日は九月二十一日とし、認知症月間は同月一日から同月三十日までとする。

3 国及び地方公共団体は、認知症の日においてその趣旨にふさわしい事業を実施するよう努めるものとするとともに、認知症月間においてその趣旨にふさわしい行事が実施されるよう奨励しなければならない。

#### 「世界アルツハイマーデー」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/alzheimerday2024\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/alzheimerday2024_00001.html)

#### （法制上の措置等）

第十条 政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

#### 第二章 認知症施策推進基本計画等

##### （認知症施策推進基本計画）

第十一条 政府は、認知症施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、認知症施策推進基本計画（以下この章及び第二十七条において「基本計画」という。）を策定しなければならない。

2 基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。

3 内閣総理大臣は、基本計画の案につき閣議の決定を求めなければならない。

4 政府は、基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

5 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

6 政府は、認知症に関する状況の変化を勘案し、及び認知症施策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない。

7 第三項及び第四項の規定は、基本計画の変更について準用する。

(都道府県認知症施策推進計画)

第十二条 都道府県は、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県の実情に即した都道府県認知症施策推進計画（以下この条及び次条第一項において「都道府県計画」という。）を策定するよう努めなければならない。

2 都道府県計画は、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四第一項に規定する医療計画、社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）第一百八条第一項に規定する都道府県地域福祉支援計画、老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の九第一項に規定する都道府県老人福祉計画、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であって認知症施策に関連する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

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。

4 都道府県は、都道府県計画を策定したときは、遅滞なく、これをインターネットの利用その他適切な方法により公表するよう努めなければならない。

5 都道府県は、適時に、都道府県計画に基づいて実施する施策の実施状況の評価を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表するよう努めなければならない。

6 都道府県は、当該都道府県における認知症に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県における認知症施策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、都道府県計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更するよう努めなければならない。

7 第三項の規定は第五項の評価の結果の取りまとめを行おうとする場合について、第三項及び第四項の規定は都道府県計画の変更について、それぞれ準用する。

(市町村認知症施策推進計画)

第十三条 市町村（特別区を含む。以下この項において同じ。）は、基本計画（都道府県計画が策定されているときは、基本計画及び都道府県計画）を基本とするとともに、当該市町村の実情に即した市町村認知症施策推進計画（次項及び第三項において「市町村計画」という。）を策定するよう努めなければならない。

2 市町村計画は、社会福祉法第一百七条第一項に規定する市町村地域福祉計画、老人福祉法第二十条の八第一項に規定する市町村老人福祉計画、介護保険法第一百七条第一項に規定する市町村介護保険事業計画その他の法令の規定による計画であって認知症施策に関連

する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

3 前条第三項から第七項までの規定は、市町村計画について準用する。

### 第三章 基本的施策

(認知症の人に関する国民の理解の増進等)

第十四条 国及び地方公共団体は、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よう、学校教育及び社会教育における認知症に関する教育の推進、認知症の人に関する正しい理解を深めるための運動の展開その他の必要な施策を講ずるものとする。

(認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進)

第十五条 国及び地方公共団体は、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を図るため、移動のための交通手段の確保、交通の安全の確保、地域において認知症の人を見守るための体制の整備その他の必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、認知症の人が自立した日常生活及び社会生活を営むことができるよう、国、地方公共団体、事業者及び民間団体等の密接な連携の下に、認知症の人にとって利用しやすい製品及びサービスの開発及び普及の促進、事業者が認知症の人に適切に対応するために必要な指針の策定、民間における自主的な取組の促進その他の必要な施策を講ずるものとする。

(認知症の人の社会参加の機会の確保等)

第十六条 国及び地方公共団体は、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、認知症の人が自らの認知症に係る経験等を共有することができる機会の確保、認知症の人の社会参加の機会の確保その他の必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、若年性認知症の人（六十五歳未満で認知症となった者をいう。以下この項において同じ。）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よう、事業主に対する若年性認知症の人その他の認知症の人の就労に関する啓発及び知識の普及その他の必要な施策を講ずるものとする。

(認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護)

第十七条 国及び地方公共団体は、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、認知症の人の意思決定の適切な支援に関する指針の策定、認知症の人に対する分かりやすい形での情報提供の促進、消費生活における被害を防止するための啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

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（第2版）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484892.pdf>

支援を受ける私が、してほしいこと、してほしくないこと

### 自立とは「自己決定」

- ⑥ 私は、自分の生活に関して自分で選び、自分で決めたいと思っている。  
私は、支援者から、選ぶことや決めることを押しつけられたり、支援者の決定に沿うよう誘導されたくない。  
私は、押しつけられたいのではなく、決めるための説明や提案など、手伝いをしてほしいだけ。

### 父権主義(パターナリズム)からの脱却

- ・権力や能力のある者が弱い者に対して「あなたのため」として干渉ないし温情的に扱うこと
- ・強い立場にある者が弱い立場の者の意志に反して、弱い立場の者の利益になるという理由から、その行動に介入したり、干渉したりすること

## 利用者の当たり前(権利)と支援者の当たり前(義務)

- ① 利用者は、心身の障害の有無に関わりなく、自己決定の権利と一人ひとりが独自の人であるという 基本的権利をもっています。
- ② 利用者は、地域社会のなかで独立した生活を営んでいる人がごく普通に受けている生活と、できるだけ一致した形で生活を営む権利があります。
- ③ 利用者一人ひとりの潜在的可能性、身体、認知、情緒、社会的可能性を実現することに努め、可能性を敏感に認め、はぐくみます。
- ④ 利用者一人ひとりの能力、感受性及び信念を尊重することが職員の基本的態度であるべきで、あらゆる関係において、礼儀と相手を尊重するという態度も同様に不可欠です。

## 意思決定支援の原則

- 1 全ての人は意思決定能力がないと評価されない限り、能力があると推定される。
- 2 意思決定能力の有無は、「その時点」で「その課題」ごとに判断され、精神上の障害があること、後見等が開始されていること、及び、後見等が相当であるとの医師の診断があることをもって、本人が意思決定能力を欠いているとされない。
- 3 一見、不合理にみえる意思決定を行ったということだけで、本人には意思決定能力がないと判断されることはない。
- 4 本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法が尽くされたのであれば、本人は意思決定ができないとはみなされない。
- 5 本人が意思決定能力を欠くために最後の手段としてなされる代行決定は、本人の主観的最善の利益のために行われなければならない。
- 6 代行決定は、本人にとってより制約の小さい方法により行われなければならない。

## 意思能力（判断能力）

自分がこうしたら、自分にどんなことが起きるか、どんな責任を負うのか、などを理解し判断する能力

- ① 理解：当該決定に関連する情報を理解する能力
- ② 保持：その情報を頭の中に保持する能力
- ③ 比較検討：その情報を意思決定の過程で活用し比較考慮する能力
- ④ 伝達：自分の意思決定を他人に伝える能力

例えば

### 認知症を伴う主な疾患

<ul style="list-style-type: none"><li>・アルツハイマー病</li><li>・前頭側頭葉変性症<ul style="list-style-type: none"><li>前頭側頭型認知症</li><li>意味性認知症</li><li>進行性非流暢性失語症</li></ul></li><li>・レビー小体病</li><li>・血管性疾患</li><li>・外傷性脳損傷</li><li>・物質・医薬品の使用</li><li>・HIV感染</li><li>・プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病）</li><li>・パーキンソン病と関連疾患<ul style="list-style-type: none"><li>大脳皮質基底核変性症</li><li>進行性核上性麻痺</li><li>線条体黒質変性症、多系統萎縮症</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ハンチントン病</li><li>・嗜銀顆粒病</li><li>・神経原線維変化型老年期認知症</li><li>・正常圧水頭症</li><li>・慢性硬膜下血腫</li><li>・脳腫瘍</li><li>・ビタミンB1 欠乏症<ul style="list-style-type: none"><li>ウエルニッケ・コルサコフ症候群</li></ul></li><li>・ビタミンB12 欠乏症</li><li>・葉酸欠乏症</li><li>・甲状腺機能低下症</li><li>・混合病理：原因は一つとは限らない</li></ul>
---	--

## 「話し合う」ということ

支援を必要とする主体がいて、その主体である本人との話し合いを続けることです。

本人も専門家も家族や友人も同じ立場で発言し、お互いに耳を傾けます。

こちらの意向に沿うように相手に説明して説得する、相手にわからせよう、意見を変えてやろうという意図のやりとりは、話し合いではありません。

相手の考え方を变える、気持ちを変え、選択を変え、変えることを目指すのも、話し合いではありません。

## 意思決定支援

普段から、否定せず、押し付けず、肯定的に考えて

「〇〇だからできない」ではなく  
「〇〇するとできる」と提案し

その人の好みや想いをわかろうとして関わって  
その人が分かりやすい方法で  
その人本人とゆっくり話し合い

その人のことはその人本人が決めることを手伝います。

そして  
本人が決めたことを尊重し、応援し、手伝います。

(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)

第十八条 国及び地方公共団体は、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よう、認知症に係る専門的な医療又は認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な認知症の人に対する医療の提供等を行う医療機関の整備その他の医療提供体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、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適時にかつ切れ目なく提供するため、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第二条第一項に規定する地域包括ケアシステムを構築することを通じ、保健及び医療並びに福祉の相互の有機的な連携の確保その他の必要な施策を講ずるものとする。

3 国及び地方公共団体は、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よう、認知症の人の保健、医療又は福祉に関する専門的知識及び技術を有する人材の確保、養成及び資質の向上その他の必要な施策を講ずるものとする。

(相談体制の整備等)

第十九条 国及び地方公共団体は、関係機関及び民間団体相互の有機的な連携の下に、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必要な体制の整備を図るものとする。

2 国及び地方公共団体は、認知症の人又は家族等が孤立することのないよう、認知症の人又は家族等が互いに支え合うために交流する活動に対する支援、関係機関の紹介その他の必要な情報の提供及び助言その他の必要な施策を講ずるものとする。

(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 国及び地方公共団体は、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、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ついての調査研究及び検証並びにその成果の活用のために必要な施策を講ずるものとする。

3 国は、共生社会の実現に資する研究等の基盤を構築するため、官民の連携を図るとともに、全国的な規模の追跡調査の実施の推進、治験の迅速かつ容易な実施のための環境の整備、当該研究等への認知症の人及び家族等の参加の促進、当該研究等の成果の実用化のための環境の整備、当該研究等に係る情報の蓄積、管理及び活用のための基盤の整備その他の必要な施策を講ずるものとする。

(認知症の予防等)

第二十一条 国及び地方公共団体は、希望する者が科学的知見に基づく適切な認知症及び軽度の認知機能の障害の予防に取り組むことができるよう、予防に関する啓発及び知識の普及並びに地域における活動の推進、予防に係る情報の収集その他の必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、認知症及び軽度の認知機能の障害の早期発見、早期診断及び早期対応を推進するため、介護保険法第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の間における連携協力体制の整備、認知症及び軽度の認知機能の障害に関する情報の提供その他の必要な施策を講ずるものとする。

(認知症施策の策定に必要な調査の実施)

第二十二条 国は、認知症施策を適正に策定し、実施し、及び評価するため、必要な調査の実施及び当該調査に必要な体制の整備を図るものとする。

(多様な主体の連携)

第二十三条 国は、国、地方公共団体、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者、日常生活及び社会生活を営む基盤となるサービスを提供する事業者等の多様な主体が相互に連携して認知症施策に取り組むことができるよう必要な施策を講ずるものとする。

(地方公共団体に対する支援)

第二十四条 国は、地方公共団体が実施する認知症施策を支援するため、情報の提供その他必要な施策を講ずるものとする。

(国際協力)

第二十五条 国は、認知症施策を国際的協調の下に推進するため、外国政府、国際機関又は関係団体等との情報の交換その他必要な施策を講ずるものとする。

#### 第四章 認知症施策推進本部

(設置)

第二十六条 認知症施策を総合的かつ計画的に推進するため、内閣に、認知症施策推進本部（以下「本部」という。）を置く。

(所掌事務)

第二十七条 本部は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 基本計画の案の作成及び実施の推進に関すること。
  - 二 関係行政機関が基本計画に基づいて実施する施策の総合調整及び実施状況の評価に関すること。
  - 三 前二号に掲げるもののほか、認知症施策で重要なものの企画及び立案並びに総合調整に関すること。
- 2 本部は、次に掲げる場合には、あらかじめ、認知症施策推進関係者会議の意見を聴かななければならない。
- 一 基本計画の案を作成しようとするとき。
  - 二 前項第二号の評価について、その結果の取りまとめを行おうとするとき。
- 3 前項（第一号に係る部分に限る。）の規定は、基本計画の変更の案の作成について準

用する。

(組織)

第二十八条 本部は、認知症施策推進本部長、認知症施策推進副本部長及び認知症施策推進本部員をもって組織する。

(認知症施策推進本部長)

第二十九条 本部の長は、認知症施策推進本部長（以下「本部長」という。）とし、内閣総理大臣をもって充てる。

2 本部長は、本部の事務を総括し、所部の職員を指揮監督する。

(認知症施策推進副本部長)

第三十条 本部に、認知症施策推進副本部長（次項及び次条第二項において「副本部長」という。）を置き、内閣官房長官、健康・医療戦略推進法（平成二十六年法律第四十八号）第二十四条第一項に規定する健康・医療戦略担当大臣及び厚生労働大臣をもって充てる。

2 副本部長は、本部長の職務を助ける。

(認知症施策推進本部員)

第三十一条 本部に、認知症施策推進本部員（次項において「本部員」という。）を置く。

2 本部員は、本部長及び副本部長以外の全ての国務大臣をもって充てる。

(資料の提出その他の協力)

第三十二条 本部は、その所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、関係行政機関、地方公共団体、独立行政法人（独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三号）第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。）及び地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。）の長並びに特殊法人（法律により直接に設立された法人又は特別の法律により特別の設立行為をもって設立された法人であって、総務省設置法（平成十一年法律第九十一号）第四条第一項第八号の規定の適用を受けるものをいう。）の代表者に対して、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

2 本部は、その所掌事務を遂行するために特に必要があると認めるときは、前項に規定する者以外の者に対しても、必要な協力を依頼することができる。

(認知症施策推進関係者会議)

第三十三条 本部に、第二十七条第二項（同条第三項において準用する場合を含む。）に規定する事項を処理するため、認知症施策推進関係者会議（次条において「関係者会議」という。）を置く。

第三十四条 関係者会議は、委員二十人以内で組織する。

2 関係者会議の委員は、認知症の人及び家族等、認知症の人の保健、医療又は福祉の業務に従事する者その他関係者のうちから、内閣総理大臣が任命する。

3 関係者会議の委員は、非常勤とする。

(事務)

第三十五条 本部に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

(主任の大臣)

第三十六条 本部に係る事項については、内閣法（昭和二十二年法律第五号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

(政令への委任)

第三十七条 この法律に定めるもののほか、本部に関し必要な事項は、政令で定める。

附 則

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(検討)

2 本部については、この法律の施行後五年を目途として総合的な検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

3 前項に定める事項のほか、国は、この法律の施行後五年を目途として、この法律の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

### 新しい認知症観（日本認知症官民協議会）

<https://ninchisho->

[kanmin.or.jp/dcms\\_media/other/2025.3\\_r6\\_%E3%83%A1%E3%83%87%E3%82%A3%E3%82%A2%E3%82%BB%E3%83%9F%E3%83%8A%E3%83%BC%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf](https://ninchisho-kanmin.or.jp/dcms_media/other/2025.3_r6_%E3%83%A1%E3%83%87%E3%82%A3%E3%82%A2%E3%82%BB%E3%83%9F%E3%83%8A%E3%83%BC%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf)