



「認知症対策の最先端」 —認知症の予防・治療・ケアの現状と展望—

本間 昭 (ほんま あきら)

東京都老人総合研究所
認知症介入研究グループ研究部長

〔略歴〕 1948年生まれ。東京慈恵会医科大学卒業、聖マリアンナ医科大学大学院修了。聖マリアンナ医科大学神経精神科講師、東京都老人総合研究所精神医学研究室長等を経て1995年より現職。首都大学東京客員教授、日本老年精神医学会副理事長、日本認知症ケア学会理事長等を兼務。
〔編著〕 『在宅認知症診療マニュアル』(日本医事新報社) 『認知症介護-介護困難症別ベストケア50』(共著・小学館) 『臨床医のためのアルツハイマー型認知症実践診療ガイド』(じほう) 『臨床精神医学講座 老年精神医学』(中山書店) 『痴呆性老人の介護』(共著・至文堂) 『老年期精神疾患治療のためのストラテジー』(ワールドプランニング) 『訪問介護員(ホームヘルパー)養成研修テキストブック(2級課程)』(共著・ミネルヴァ書房) 等多数。

本日は、「認知症対策の最先端－認知症の予防・治療・ケアの現状と展望－」というタイトルでお話します。現在、認知症対策としてどのようなことが行われているのかについて、お話しさせていただこうと思います。同時に、いろいろな立場の方々が今日は参加されていると思いますので、認知症があっても普通に暮らす、認知症の人たちが地域で暮らす、あるいは自分が暮らしたいという場所で生活していくためには、どのようにすればいいのかという視点でお話します。

認知症を取り巻く社会的状況

まず、現在の認知症をめぐる社会的な状況に少し触れたいと思います。平成19年11月14日の「産経新聞」に出ていた記事ですが、読まれた方もいらっしゃると思います。東北道で車が通行券を取らずに高速道に進入し、加速車線でUターンをして逆送しました。運転していた人は3日ほど前に、家族が認知症のために搜索願を出していた人でした。このようなエピソードもしばしば報道されています。

それから、数年前の「読売新聞」に出ていた記事ですが、認知症の疑いのある70歳の男性が、交通死亡事故の加害者として書類送検されたという記事がありました。軽トラックを運転中に、横断歩道を渡っていた主婦をはねて死亡させた疑いがあるとい

うことです。事故の1週間前、病院で認知症の疑いがあると診断されており、事故直後の事情聴取に、なぜここにいるのか分からないと供述しています。この事件のときには、病院も被害者の側から訴えられていたと思います。なぜ認知症の疑いがあると分かった時点で、本人に運転は駄目だということを説明してくれなかったのかということになるだろうと思います。

認知症の場合は運転免許証を取り消し

現在の道路交通法では、多くの方々はどうご存じだろうと思いますが、認知症と診断された場合には、運転免許証は停止か、取り消しになります。アルツハイマー型認知症、アルツハイマー病とも言いますが、あるいは血管性の認知症という診断名の場合には、運転免許証は認知症の重症度を問わず取り消しというのが今の道路交通法です。

今年の通常国会で、道路交通法の改正案が通りました。それによると、今でも70歳の運転免許証の更新のときに、3時間コースの実地の適性検査を含む講習が行われますが、平成21年の6月をめどに、75歳の更新時に、認知症のスクリーニング検査が導入されます。その検査で認知症が疑われる場合には、一定の条件を加えて医師の診断を求めて、認知症と診断された場合には、運転免許証は取り消しになる場合があるこ

とになります。

現在、自動車の運転をしていると考えられる認知症の人の数は、もちろん推定の数ということになりますが、全国で30数万人といわれています。僕自身もそうですが、団塊の世代が2025年になると全員75歳以上になりますので、今より、運転免許証を持つ高齢者の割合が男性、女性を問わず、はるかに増えていきます。ですから、このたびの道路交通法の改正はより大きな意味を持ってきます。皆さん方の生活にも非常に大きな影響が出てくることになります。

認知症は身近な病気

幾つかの社会的な状況についての具体的な例を示しましたが、認知症がどのくらい身近な病気かということに触れたいと思います。平成18年の段階で、お年寄りを65歳以上と年代を区切ったときに、どのくらいの認知症の人たちがいるかを計算してみたのですが、特に75歳以上の年代で等比級数的に割合は増えます。75歳以上で計算してみると、認知症の高齢者は210万人ちょっとという数になります。75歳以上の人口は1200万人程度ですので、75歳以上という年代で考えるとおよそ5人に1人という数になるわけです。65歳以上の高齢者全体で数えると平均7.8%という割合になりますので、12~13人に1人ということになるでしょうか。いずれにしても、割合としてはごく身近な病気ということになります。このことを確認しておきたいと思います。

介護保険の認知症の要介護認定者は200万人以上

それから、もう一つ認知症高齢者の数を推定する方法があります。今日、参加されている方々は、既に介護保険料を払われている方々が大半だと思います。介護保険の要

介護認定を受けた方のおおよそ半分、2人に1人は認知症があると考えられています。これは、平成15年（2003年）に厚生労働省がまとめた結果の数字です。

平成19年5月の時点で、全国で要介護認定を受けた人の数は、暫定値で440万人になります。そして先ほどの認知症の要介護認定率は厳密には47.5%になるのですが、それを掛けると210万人ちょっとです。75歳以上と65歳以上では、少し数は違っていますが、少なくとも200万人以上という数で間違いないだろうと思います。

高齢者の人が世帯主になっている世帯を高齢者世帯といいます。高齢者世帯を分母にして考えると、大体認知症の人の数は、向こう三軒両隣に1人ぐらいという割合になります。この数字からしても非常に身近ということになります。このような身近な病気なのですが、210万人以上ともいわれる認知症の人々の中で、どのくらいの人たちがきちんと診断を受けて、きちんと治療を受けることができているのかということが、個人的には非常に深刻な問題だろうと思います。

認知症の自覚があっても受診が少ない

なぜこのことが問題なのでしょう。一つの高齢者に多い病気、例えば糖尿病という病気を取り上げても、認知症の200万人という数の8倍、あるいはそれ以上という数になるわけですから、決して210万人以上といっても、すごく数自体が多いということはないのです。なぜこの数が問題になるかというと、認知症の場合は物忘れを自覚しても、自分から医療機関を訪れることが、少なくとも現時点では非常に少ないからです。

これは介護や看護の職種に携わって仕事をしている方、あるいは介護の経験をされ

ている家族には、よく分っていただけると
思います。例えば周りが物忘れがひどくな
ってきたことに気付いて、「おじいちゃん、
病院に行って診てもらいましょうよ」と言
っても、普通、本人は拒否します。「自分
はぼけていないぞ。病院なんか行く必要は
ない」と否定して、周りの家族やケアスタ
ッフが受診させるのに苦勞することがよく
あります。

それでも、家族が早い時点で、物忘れや
普段の日常生活上の変化に気付けばいいの
ですが、気付くのが遅くなってしまうこと
もあるのです。単に物忘れだけではなくて、
行動上のいろいろな変化も起こってきます
ので、そういう変化が現れてから病院で受
診ということにもなりがちです。受診のタ
イミングが、周囲の認知症に対する理解や
認識によって異なることが多いのです。

このことが高血圧や糖尿病というよう
な、お年寄りに多い病気とは非常に異なる
点です。数としては糖尿病などの人数より
は少ないのですが、このような認知症の特
徴を考えた場合には、少ないからといって
問題にしなくていいということにはなら
ず、むしろ非常に大きな問題になると思
います。そういう深刻な状況が背景にあり
ます。

認知症高齢者の半数は在宅で生活

認知症高齢者はどこで生活しているの
でしょうか。今から4年ほど前に厚生労働省
が推計した結果ですが、認知症高齢者のう
ち、2人に1人は在宅で生活しています。で
すから、在宅で生活をしているときに、ど
のように彼らを支えることができるのか、
何が必要なのかということになります。在
宅以外では18%が特別養護老人ホームに入
所し、13%が老人保健施設という割合にな
っています。

次に、家族が認知症に気付いたときに、
最初に誰にそのことを相談したかについ
て、数は少ないのですが、全国規模の調査
をしてみたことがあります。その結果、当
然、家族に相談する場合が一番多く、65%
ですから半分以上です。続いて、普段から
お世話になっている「かかりつけ医」に相
談するという割合が、家族以外の相談先と
しては一番多いことがわかりました。つま
り、相談を受ける側の家族と、家族以外で
は相談を受ける「かかりつけ医」の対応次
第によって、それから先の方向が変わって
きます。

家族や医療機関の認識

例えば、これも同時期に首都圏と大阪、
仙台と限られた地域で調査した意識調査の
結果ですが、認知症がれっきとした病気だ
と認識している割合は、45.6%ですから2人
に1人です。残りの2人に1人の一般の人た
ちは、今日のシンポジウムに参加されてい
る方々とは異なると思いますが、認知症と
いう言葉は知っていても、単に年のせいと
しか思っていない。年のせいという理解
しかなければ、当然、病気という認識では
ないわけですから、医療機関を受診しよう
という行動にはつながらず、そのまま放っ
ておかれることにもなりかねません。

さらに、家族が「かかりつけ医」に相談
しても、「年のせい」で片付けられてしま
うこともあります。このときの調査でも、
4分の1強か3分の1弱の医師は、不適切とも
いえるような対応でした。具体的にどうい
う対応だったかということ、例えば「年を取
れば誰でもぼけるよ」「ぼけても家で見る
しかないだろう」「ぼけは治らないからし
かたないよな」「ぼけは治療の対象になら
ないんだよ」というような対応です。

この頃には、まだ「痴呆症」という言葉

で呼ばれ、呼称が「認知症」という言葉になっていない時代でしたが、せっかく家族が気付いて相談しても、「痴呆症はうちでは診てないんだよな」というような対応をされてしまうことがありました。一般の人たちの認知症に対する認識や意識と、家族の人たちが相談したときの医療機関の対応を、どうにかしたいと考えてきました。

早期診断の必要性

なぜ認知症を早く診断できるといいのでしょうか。これはどんな病気にも当てはまることです。お分かりいただけると思います。一つは、さまざまな原因によって認知症という状態は起こってきますので、認知症の原因の病気を見付けて早く治療を始められるということです。二つめは、非常に軽い段階で認知症を診断できると、本人に病気の説明をすることができるのです。このことの意味も非常に大きいものがあります。

今までは認知症と診断されても、本人に、病気の原因や、これからの経過、どのような治療法、普段からどのような生活をすればいいのかという説明はほとんどされずに、家族に説明が行われてきた場合が比較的多かったのではないかと思います。本人に説明をして理解できる段階であれば、たとえそれが刹那的な理解であったとしても、説明はされるべきだろうと思います。

早く診断することができれば、その原因を見付けることができると先ほど話しました。ある横浜市立のメモリークリニック（物忘れ外来）での外来を受診した人の、認知症の原因のリストによると、一番多いのはアルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）ということになります。2番目の原因は血管性の認知症になります。ですから、65歳以上の高齢者を考えた場合には、

実質的に2人に1人はアルツハイマー病、あるいはアルツハイマー型認知症ということになります。

認知症を起こす四大原因疾患

認知症を起こす原因は三つのグループにすることができます。一つは、内科的、外科的な治療で治せる認知症があります。例えば甲状腺の働きが悪くなって、その結果、認知症と同じ状態が起こってくる場合もありますし、頭の頭蓋骨の内側に血の塊ができて、そのために認知症が起こってくる場合もあります。これも早く発見されれば良くなります。こういう原因で認知症という状態が起こって3年以上経過しますと、経験的には元に戻りにくいことが知られています。

二つめのカテゴリーは、予防できる認知症の代表として、血管性の認知症があります。これはなぜ予防できるかという点、これも65歳以上の結果ですが、脳血管障害、脳梗塞や脳出血を起こした人の4割に、血管性の認知症という状態が起こってきます。ですから、脳血管障害を予防することが、血管性認知症にかからない方法ということになります。

三つめのカテゴリーが、進み方を遅くする、あるいは医学的な治療が可能な認知症というグループになります。このグループは、アルツハイマー型認知症と、レビー小体型認知症やピック病を含む前頭側頭葉変性症に分かれ、血管性認知症を加えた四つが認知症の四大原因疾患です。

認知症の原因が重要

アルツハイマー型認知症の場合は、もちろん治療薬が既にあることは皆さん方もよくご存じのとおりだと思います。それから、レビー小体型認知症や前頭側頭葉変性症に

関しても、ピック病が代表ですが、ある程度医学的な治療が可能になっています。

なぜその認知症の原因が重要なのかというと、例えば、お腹が痛くて病院に行ったときに、「あなたは腹痛症です」と言われても、皆さんは納得できないと思います。何が原因でお腹が痛いのが問題になるわけです。それと一緒に、認知症と診断されても、原因が分からなければ治療のしようがないことになり、経過も違います。ただ認知症という診断だけというのは、「腹痛症です」と言われることと一緒になのです。

認知症のイメージの間違い

認知症は、改めて言うほどのことではないかもしれませんが、脳や体の病気によって記憶力や生活力、計画力などが障害されて、普段の社会生活に支障をきたした状態が定義です。高齢者だけに起きるとか、いったん認知症になったら元に戻らないという定義は含まれていません。

そして、認知症というと、「恍惚の人」というイメージを浮かべる方も多いかもありません。認知症というとすぐに徘徊、暴力と考える人もおられるでしょう。認知症というのは、何も分からなくなってしまうのではないかというイメージで考えてしまう方がかなりいらっしゃるかもしれませんが、このような考え方は間違いです。認知症の人がすべて「恍惚の人」になるわけではありません。また、認知症の人すべてに徘徊や暴力があるわけでもありませんし、認知症になると何も分からないというのも間違いです。

認知症でも、当然、自分の気持ちを表すことは十分にできるのです。『恍惚の人』という小説がベストセラーになって、非常に大きな影響がありましたから、恍惚の人というイメージでとらえられてしまうこと

はやむを得ないのかもしれませんが、しかし、実際に地域で生活している認知症の人たちの中で、徘徊という行動の変化があるお年寄りには1割前後にすぎません。ごく一部の人たちということになります。

認知症の気づき

認知症かもしれないと最初に気付くのは誰かということも、一度考えていただきたいことです。日常生活上の変化に気付くのは家族ですし、実際に家族が、物忘れがひどくなってきたから診察を本人に勧めても、本人は嫌だと言います。そういうことを考えると、家族が多いと考えられるかもしれませんが、実は本人が最初に気付いているはずなのです。

もちろん、これは非常に軽い段階でということになりますが、例えば私自身のメモリークリニックの物忘れ外来の患者の1人だった方ですが、74歳の男性で、内科を開業されていた先生がおりました。薬の名前が出てこないとか、カルテの記載を忘れるという症状がしばらく前からあって、自分でアルツハイマー病を疑って受診に来たのです。自分でアルツハイマー病ではないかと思うのですが、先生はどのように診断されますかということで受診されたのです。残念ながら、その先生の自分自身の病気に対する診断は当たっていました。

自分で物忘れ外来を受診する人が倍増

次に、ある病院の物忘れ外来を受診した患者の受診経路というか推移の例を紹介します。今から6年前の平成13年では、一人で受診した人数は全体の初診数の5.6%で、その中で、アルツハイマー病と診断された人は4人に1人ぐらいだったのです。しかし、18年の段階では、一人で受診した数は全体の初診数の11%と、6年前に比べてほぼ倍

になっていました。さらに、一人で受診した患者さんがアルツハイマー病と診断された人数も55%と、割合として倍になっていました。

このような変化が5年間で起こったということですが、これは、いろいろなシンポジウムやマスコミなどを通して認知症に対する啓発が進んでいる結果と考えていいと思います。もしそうだとすれば、認知症の軽い段階では、自分の病気に対して自覚を持ってないとか、分からなくなってしまうということは、病気自体の特徴ではなく、周りの認知症に対する知識や家族の意識、周囲の認識によることになります。つまり引くくれば地域ということになり、それらによる影響が大きい可能性が十分にあります。

だからこそ、家族や「かかりつけ医」、普段受診している医師、あるいはケアスタッフ（介護職）、行政など、地域に期待される役割が非常に大きいことになります。あと10年ぐらいすると、これは地域差が大きいかも知れませんが、認知症の人が早い段階で医療機関の受診をしやすくなるように変わってくるだろうと思います。

認知症の早期発見の意義

先ほどの早期発見の意義を繰り返すことになりますが、認知症の原因を見付けることと、患者自身に早い段階で病気の説明ができることは、患者自身の自己決定を尊重できることになります。

認知症の中で最も多いアルツハイマー型認知症を適切に治療することができれば、三つの効果が考えられます。軽いときに治療を始めれば、進むスピードを50%遅くできることが一つです。この結果、二次的に起こってくることになりますが、当然、介護時間を短くすることもできます。

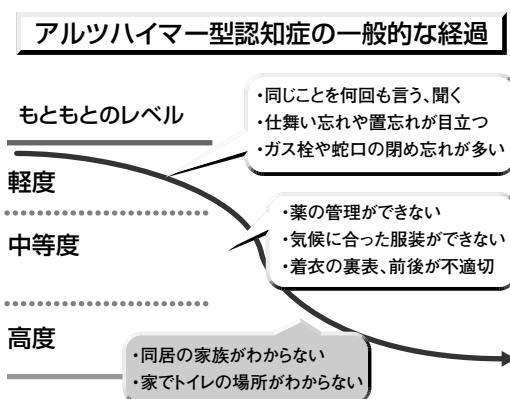
三つめは、後ほど触れますが、周辺症状の現れ方を遅くできる効果があります。さらに、ケアスタッフや家族が、認知症の特徴を踏まえた対応をすることができれば、認知症の患者はその人らしい生活を送ることができるのです。決して、認知症イコール徘徊・暴力、認知症イコール「恍惚の人」ではありません。

アルツハイマー型認知症は早期治療が効果的

アルツハイマー型認知症の一般的な経過で、同じことを何回も言うとか聞くとか、しまい忘れや置き忘れが目立つとか、ガス栓や蛇口の閉め忘れが多いというのは、代表的な軽度のときの症状です。これは少し中等度寄りかもしれませんが、軽いときの症状です。遅くともこういう段階のときに治療を始めたいのです。

そして、アルツハイマー型認知症の場合には、この段階で治療を始めると、治療しなかった場合と治療を始めた場合で異なる経過を取るようになります。しかし、途中で治療をやめてしまうと、治療しなかったレベルに戻ってしまいます。できるだけ進行を遅くするためには、ある程度認知症が進んでからというよりは、できるだけ軽い段階で治療を始めた方がいいということになります。

そして、認知症ケアの見守りというのは、

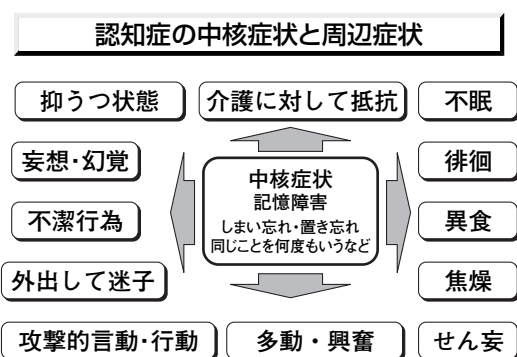


認知症に特徴的なケアになりますが、1日当たり90分見守り時間を減らすことができるという結果も報告されています。これは直接、介護負担に影響することになります。

穏やかなそのひとらしい生活を過ごすために

どうすれば、今までの話も踏まえて、認知症の人たちが自分らしい穏やかな生活を過ごすことができるかを考えてみたいと思います。まず一つは、地域の認知症に対する意識や認識の変化がまず起きないといけません。地域には「かかりつけ医」や家族、ケアスタッフ、行政、ほかの人たちも含まれていますから、地域の意識が変わりますと、早期発見、診断、治療が可能になります。

もう一つ認知症の症状のことをお話しておかないといけないのですが、認知症という病気の状態を考える場合に、中核症状といって、必ず起きてくる症状があります。それはアルツハイマー型認知症を考えていただくと分かりやすいと思います。しまい忘れや置き忘れ、同じことを何度も言うという症状があるのです。そしてこのような症状から、二次的にさまざまな行動上の変化が起こってきます。中核症状は認知症であれば全員起こってきますが、二次的な症状は起きる人と起きない人がいます。



認知症の中核症状と周辺症状

では、どうしてそのような違いが出てくるのでしょうか。これは先ほどの二次的な周辺症状ということになりますが、例えばアルツハイマー型認知症であれば、どんどん神経細胞が減っていくという脳の組織の障害がこれに当てはまります。血管性の認知症であれば、脳梗塞や脳出血というような脳の組織の障害がここに当てはまります。そういう脳の組織の障害がなければ、周辺症状は現れてきません。

ただ、直接的に結びつくわけではなく、この脳の組織の障害という状態に加えて、一人一人の体の健康状態、心臓や肺、脳血管障害、栄養の状態が影響します。例えば脱水があるかないか、少し微熱があるかないか、便秘が続いているかないかも含まれます。そういう体の具合が影響するので

それから、本人の心理的な状態も影響します。例えば認知症があっても一人で生活をしなければいけないために、常に不安な状態に置かれているというような心理的な状態や、どのような環境で生活をしているか、どのようなケアをされているかということによって、最終的に現れてくる症状は変化するので。これらに対してうまく対応することができれば、最終的に現れてくる症状をかなりコントロールすることができることになります。

地域で支えるために必要なこと

地域で支える上で必要なことになってきますが、当然、体の健康状態を保つことが必要になります。脱水はしていないか、軽い心不全でもせん妄状態は起こってきますし、微熱でも起こります。それから、薬の飲み合わせの問題をチェックすることも必要になります。これは比較的軽い、不健康な状

態ですが、容易に周辺症状が起りやすくなりますし、いろいろな内服薬の副作用も出やすくなります。こういう状態がまずないようにすることが、一つめの医療の役割になります。

二つめは、環境とケアの問題です。例えば認知症の人たちにとって一番理想的な環境は、記憶障害を感じさせられるような状況がないことです。ないというのは無理かと思いますが、そういう環境が理想的です。何回もおじいちゃんが同じことを言うと、「さっきも言ったでしょう、だから」と、おばあちゃんに言われるのです。でも、認知症のおじいちゃんは、わざと何回も言っているわけではないですし、本人はいつも初めて言っているのです。それが積み重なっていくと、おばあちゃんの言い方によっては、おじいちゃんが手を出してしまうというようなことにもなります。

医療とケアは車の両輪

「最近、うちのおじいちゃんはぼけてきて、ささいなことで怒りっぽくなって、すぐ私に手が出るんです」という訴えにもなります。そうすると、場合によってはカルテに、攻撃的な行為はあるというような表現で書かれることになってしまいます。環境とケアと対応によって、大きな影響があるということの一つの例だと思います。

三つめは、体の病気があって具合の悪い様子があれば、普通は家族や周りの人に「大丈夫か」と心配してもらえるのです。認知症の人は記憶障害という病気の症状のために、何回も同じことを言うと怒られます。これは病気の症状なのですが、心配してもらえないのです。認知症という病気の状態があるための症状なのですが、認知症

の人の場合には怒られてしまいます。

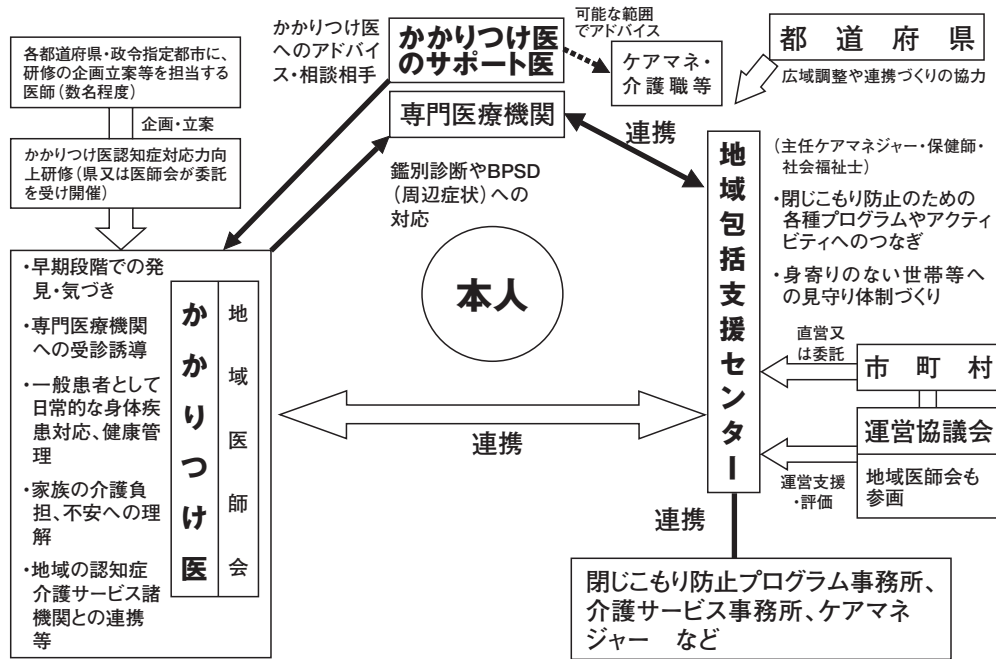
これは不公平ではないかと僕は思うのですが、そのような対応にならないようにするのが、ケアの役割になります。認知症の場合には、医療とケアは車の両輪と考えていいと思います。どちらが欠けても、認知症の人が地域で、住みたいところで生活することは、すごく難しくなってきます。

住み慣れた地域で生活続けるために

認知症の人たちが住み慣れた地域で生活続けていくためには何が必要だということに改めて考えてみます。一つは、当然、早期発見と診断です。原因によって治療が異なるわけです。二つめに特にここが問題な点ですが、外科的な病気、例えば骨折や悪性腫瘍手術の場合に、認知症があるというだけで、まだ多くの地域で入院を拒否されることがあります。このことは、これから改善されなければいけない点になります。

三つめに認知症の特徴を踏まえた地域のサポートが必要です。例えば独居の場合には、認知症が軽度でも、さまざまな生活の場面での支援が必要になってきます。血圧が高く薬を飲まなくてはいけない場合は、アルツハイマー認知症の人には、その服薬管理をするためのサポートが必要になってきます。それから銀行に行ったり、郵便局に行ったりする用事を済ます上でもサポートが必要です。認知症の人たちが地域で生活をする上で、さまざまな日常生活上でのサポートが必要になってきますが、今の介護保険の制度内では、特に認知症の状態が軽くて、足腰がしっかりしている場合には、生活のサポートは十分ではないのです。

図1. 早期からの認知症高齢者支援体制



(厚生労働省作成)

地域でのサポートが必要

今の制度が悪いということだけでは話が始まりません。午後の実践報告で、3人の方々のお話を聞かれますと思いますが、例えば最初の久保さんからは、そういう場合にどのように地域でサポートすることができるのかという、実践的な報告をお聞きいただけるのではないかと思います。

それから、どうしても認知症があると、自分の意思を明確に表すことができないことが起こってきますので、このことへの対応も必要になります。さらに、周辺症状への対応が不十分というのは、例えばささいなことで怒りっぽい、徘徊がある、ちょっと目を離すと外に飛び出していってしまうという症状があるために、デイサービスを利用できないとか、ショートステイでもすぐ嫌がられてしまう例は枚挙にいとまがないと思うのです。

四つめに、人権の擁護という観点が必要です。例えば、介護保険の契約のために、

現時点で成年後見制度を利用する人はまれです。まだ全国で500～600人というレベルですから、全体の認知症の人の200万人以上という数から考えれば、ほぼゼロと言ってもいいぐらいの数です。

それから、最近、ターミナルケアということがいろいろなところで取り上げられていますが、本人の意思をどのように判断すればいいのかということがあります。既にターミナルケアという状態になっている場合には、本人は自分の意思を表すことが難しくなっているのです。そういうときに、どのように本人の意思を考えればいいのかという問題があります。

厚生労働省は認知症の予防支援活動等を実施

このような認知症のサポートを考えたときに、進んでいるという部分と、これからさらに解決が必要ということがあります。今の幾つかの課題を認知症のステージに即した取り組みということで整理をしてみま

すと、前駆段階から最終的なターミナルケアの段階で、今、厚生労働省が予算をつけて行っていることがあります。地域支援事業の認知症の予防支援活動や認知症の早期サービス等推進事業、認知症についてできるだけ「かかりつけ医」の診断スキルを向上してもらおうという研修も始めていますし、幾つかのさまざまな活動は既に行われています。

そして、今、概算要求で予算が出されている段階ですが、従来の認知症疾患センターに加えて、新たに認知症疾患医療センターをつくって、そこで身体合併症に対する対応も進めたいという考えもあります。今、財政が厳しい中で、確か2億6000万円ぐらいだったと思いますが、その概算要求が予算に反映されるかどうかは、興味のあるところです。

認知症の人と家族を真ん中にして考えた場合に、ケアとその環境の調整が重要です。それと健康管理、体の病気に治療がきちんと行われた上で、さらにその人に適したサポートがあれば、認知症があってもその人らしい生活を、その人が望む場所で送ることができます。このことをぜひ強調しておきたいと思います。

認知症は現在の瞬間を生きる状態

認知症が軽ければ、自分自身でどのようにしたいかという気持ちを表すことはできますが、認知症が進めば進むほど、自分の気持ちをきちんと表すことは当然できにくくなります。認知症が進めば進むほど、未来のことをなかなか考えることができなくなりますし、過去のことも思い出すことが非常に難しくなってくるのです。認知症の人は、本当にその現在、瞬間、瞬間を生きるという状態になってきますが、認知症が非常に進んだ段階であったとしても、支援

やサポートさえあれば、幸せに、穏やかに楽しく生活を送ることができます。

後ほどその一つの例がありますので、DVD画像で、予防の話を最後にさせていただきたいと思います。そのDVDは、北海道伊達市というところにあるグループホームの映像です。そのグループホームの開設者は、今日午後お話されます大久保さんの薫陶を受けた方がやっているグループホームです。高度の認知症の人たちの生活の場面を撮ったDVDがありますので、ご覧になっていただきたいと思います。

これも平成19年11月8日の読売新聞ですが、「74歳母に暴行、屋外放置死」という記事がありました。被害者は認知症のお年寄りだったということですが、認知症高齢者の支援体制ができていくと、このような悲惨な状況は起こりようがなくなるということです。

最初にどこに受診すればいいのか、相談すればいいのかという質問がよくあるのですが、「www.e-65.net」というURLで検索できる医療機関が、少なくとも現時点では一番、認知症をきちんと診てもらえる医療機関ではないかと思っています。

認知症の予防の意義

今までは認知症という病的な状態、病気になってからのお話でしたが、認知症はどこまで予防できるかという観点で、病気になる前の話に少し触れたいと思います。認知症の発症を遅らせる、予防ということになります。現時点で予防というのは、認知症という状態が始まる時期を遅らせるという考え方になります。この場合の認知症は、事実的にはアルツハイマー型認知症と考えるのですが、一般的には74～75歳という年代が、アルツハイマー型認知症の一番起きやすい好発年齢の時期になります。

アルツハイマー型認知症の人の割合・有病率は、日本の65歳の人口の中で7.8%です。認知症を持っている人の割合という意味になるわけですが、発病を2年遅くできると有病率を2割減らすことができ、5年遅くできると有病率を半分にできるという推計があります。

認知症の始まる時期を1年遅くすることができると、現時点の認知症の人たちの数を16万人減らすことができ、医療費用を1600億円、介護費用を4000億円削減できるという試算もあります。そのことが、介護予防、認知症予防支援活動の最終的な意義ということになります。

認知症発生の危険因子

次に、アルツハイマー型認知症が始まる、発症に関連する要因、危険因子については、最近の研究でさまざまなことが分かってきています。例えば、体質的な要因も関連しますし、身体的な要因として、高血圧、高脂血症、頭のけが、糖尿病も関係してくることが分かっています。

それから、ライフスタイルとしての食事です。知的な行動、習慣、社会とのつながりが関係することも分かってきています。認知症の前段階の状態にある場合は、アルツハイマー型認知症になりやすいという大きなリスクファクター（危険因子）になることも分かってきています。例えば、スウェーデンの結果ですが、社会的なつながりが十分にあると、1000人当たりの年間発生率は減ってくるという結果も報告されています。ですから、社会的なつながりがないことも、十分に危険因子になるわけです。

今までに報告されているアルツハイマー病の危険因子をまとめると、肥満や高血圧、高脂血症、高カロリー食、肉中心食というような項目は、アルツハイマー型認知症や

アルツハイマー病になるリスクを倍増させるのです。魚中心食、適度な赤ワイン、運動の継続、十分な社会的なつながりというのは、ごく大まかに言うと、アルツハイマー病になるリスクを半減させます。これが今、研究として分かっている危険因子のごく大ざっぱなまとめになります。

認知症の予防を進めるために

認知症の予防は、このような認知症の危険因子をできるだけ減らすような生活をしましょうということになります。一言で言うことはたやすいのですが、人によってこの危険因子を減らすことの実行可能性が高い人と低い人が、実際にはいるだろうと思います。

例えば介護保険の地域支援事業でも認知症予防というプログラムがあります。アルツハイマー認知症の前段階にある人たちを対象として、一定のアクティビティ（活動）に参加してもらうと、1年間の変化として記憶テスト成績がよくなることも報告されています。そのためには、地域で予防活動の意義が周知されていなければいけませんし、参加者自身にその自覚が必要です。

それから、面白いと思って、参加できるプログラムがなければいけません。だんだんそうした啓発活動などが進んでくると、認知症予防活動への参加や認知症の早期発見・受診と、認知症についての地域の理解や認識が高まるでしょう。この三つは、どれか一つだけでいいということではなく、三つがお互いに密接に関連しています。いろいろな活動自体が認知症の発症を遅くできる可能性を秘めているわけですが、認知症の予防活動は決してそれだけではなく、認知症についての理解・認識を高めて、早期発見・受診につなげる役割も十分担えるのだということも、ぜひ強調しておきたい

と思います。

もっとその人を良く見る

残りの時間で、先ほど触れましたDVDをご覧になっていただきたいと思います。これは、実際に認知症のあるお年寄りのグループホームでの生活場面、ほとんどの皆さんが高度の認知症の人たちなのです。

—DVDの放映—

このDVDのように認知症が進んでしまっても、周囲の支えさえあれば、毎日の生活が幸せそうで、このように過ごすことができることをぜひ強調しておきたいと思います。そのためには、DVDにもありましたように、もっとその人を良く見ていただきたいと思います。「その人を良く見る」は、ケアにあたる人々だけに対するメッセージではないのです。皆さま方すべての人たちに対するメッセージと思います。これで終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました（拍手）。