

ダイヤ財団設立30周年記念シンポジウム

認知症を正しく理解し、  
**ストップ**  
**介護離職**

— 記録集 —



## CONTENTS

<b>開会挨拶</b> .....	1
佐藤 一三 公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 常務理事	
<b>第1部 基調講演「認知症の正しい理解のために」</b> .....	2
上野 秀樹 氏 千葉大学医学部附属病院 患者支援部 特任准教授、精神科医	
<b>第2部 パネルディスカッション「ストップ介護離職4」</b>	
■パネリストプレゼンテーション	
「キリンの仕事と介護の両立支援」 .....	16
江崎 光希 氏 キリンホールディングス株式会社 人財戦略部 企画・組織開発担当	
「介護の経験談」 .....	22
渡辺 健美 氏 東京海上日動火災保険株式会社 総務部 総務サービスグループリーダー	
「来たるべき介護に備えて」 .....	26
椿本 哲也 氏 明治安田生命保険相互会社 コンプライアンス統括部 コンプライアンス特別調査役	
■ディスカッション .....	30
パネリスト 江崎 光希 氏、渡辺 健美 氏、椿本 哲也 氏、上野 秀樹 氏 コーディネーター 佐々木 晶世 公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究部 博士研究員	
◇聴講の皆さまのご意見・ご感想など.....	35



## 開会挨拶

公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団  
常務理事 佐藤 一三

ダイヤ高齢社会研究財団 常務理事の佐藤一三でございます。

本日はお忙しい中、当財団設立30周年記念シンポジウムにご参加くださいます、誠にありがとうございます。

1993年に設立されました当財団は、「しあわせで活力ある長寿社会」の実現に向けて、「医療・介護」、「社会参加・就労」、「健康づくり」、「ライフプラン」という4つのカテゴリーにおいて、高齢社会に関する様々な研究・調査・システム開発を行ってまいり、本年6月に設立30周年を迎えることができました。

これもひとえに皆さま方のご指導やご支援のおかげでございます。この場をお借りして御礼申し上げます。

高齢化が進むなか、仕事をしながら身内を介護する人が増えており、総務省の「就業構造基本調査」によると、その数は2022年で約365万人とのことです。身内を介護している方の6割近くが仕事と介護を掛け持ちしていることとなります。

また、厚生労働者の「雇用統計調査」によると、介護のために離職する人の数は概ね9～10万人と高水準で推移しております。離職の理由としては、介護休業や休暇などの仕事と介護の両立支援制度が、「整備されていなかった」あるいは「利用しにくい雰囲気があった」などの「勤務先の問題」を挙げている方が多いようです。

そこで、今回のシンポジウムでは、再び「介護離職」をテーマに選定し、後半のパネルディスカッションでは、当財団の賛助会員でもある三菱グループ企業の社員の方にご登壇いただくことといたしました。

また、これに先立つ基調講演では、精神科医師としての高い専門性と、訪問診療を通じた地域ケアに対する豊富な経験と見識をお持ちの千葉大学の上野秀樹先生に、「認知症の正しい理解のために」というテーマでお話をいただき、後半のパネルディスカッションにもご登壇いただきます。

このシンポジウムが皆さまのお仕事や生活に少しでもお役に立てば、主催者として大変嬉しく思います。

本シンポジウムの開催にあたり、後援いただきました厚生労働省、内閣府、一般社団法人シニア社会学会、一般社団法人みんなのケア情報学会、公益社団法人認知症のひとと家族の会、明治安田システム・テクノロジー株式会社介護の広場本部に対してお礼を申し上げまして、開会の挨拶とさせていただきます。

● 第1部 基調講演 ●

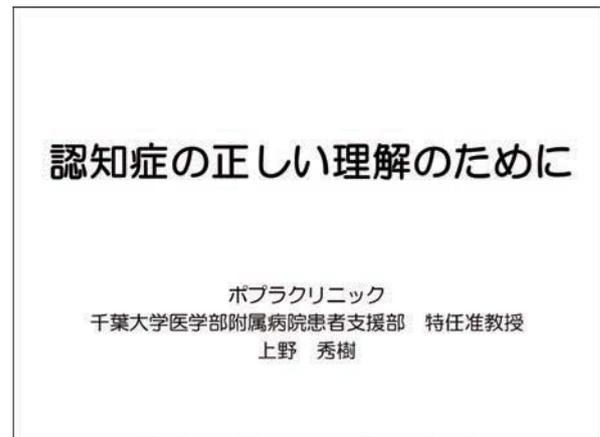
# 認知症の正しい理解のために

千葉大学医学部附属病院 患者支援部 特任准教授、精神科医

上野 秀樹 氏



図1-1



## 上野秀樹氏プロフィール

1992年に東京大学医学部を卒業し、東大附属病院神経精神科にて初期研修を受け、精神科医として診療を始めた。東京都立松沢病院に勤務していた2007年に、認知症精神科病棟を担当することとなり、専門的に認知症診療を始めることとなった。その後、千葉県旭市にある海上療養所では、認知症の人に対する精神科訪問診療を行うなど地域で認知症の人を支える活動に従事した。

2012年から2期4年間にわたり、内閣府障害者政策委員会委員をつとめ、国連の障害者権利条約を精神障害分野で実効あるものとするために活動した。

2018年直腸がんの手術後、低位前方切除術後症候群による排泄障害を生じ、公共交通機関の利用が難しくなり、現在は地元千葉県にて認知症診療に従事している。

「認知症の正しい理解のために」というタイトルで、認知症と介護離職についてお話しさせていただきます。

認知症とはどういう状態かということですが、定義があります。いったん正常に発達した知的能力が低下してしまい、認知機能障害があるために、日常生活・社会生活に支障を来している状態のことをいいます。認知機能障害には、記憶障害（もの忘れ）、例えば5分前、10分前のことを覚えていない。また、自分の周囲の状況が分からない。今日の日付や曜日が分からなくて何回も尋ねてしまう、自分のいる場所が分からなくなる、自分の周囲にいる人のことが分からなくなるなどの見当識障害。さらに、さまざまな理解力や判断力の低下などがあります。

図1-2

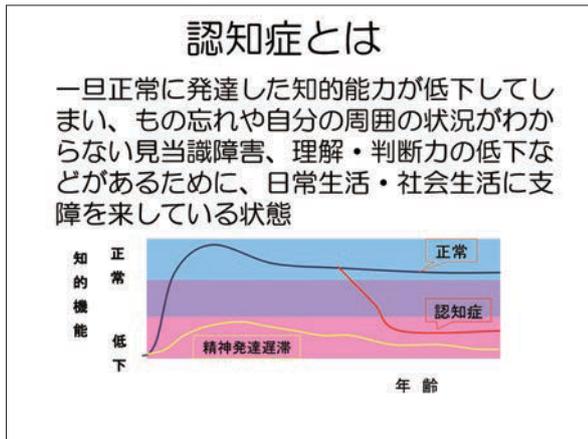
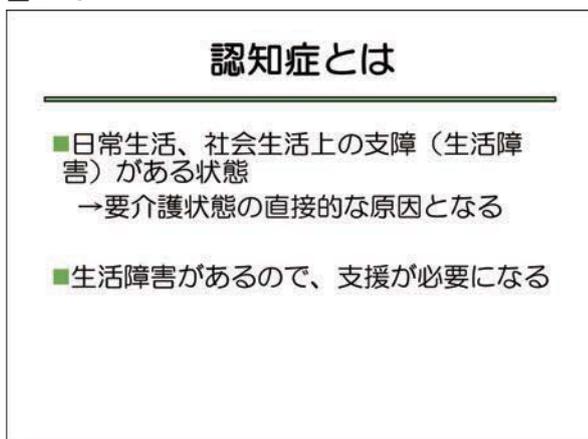


図1-2のグラフは、縦軸が知的能力、横軸が年齢です。私たちは、生まれたときは知的能力は低いのですが、家庭内で社会生活をして学校教育を受け、いったん正常に発達します。それが何らかの原因で低下してしまって、認知機能障害のために生活障害がある状態を認知症といいます。認知症は日常生活・社会生活上の支障がある、生活障害がある状態なので、要介護状態の直接的な原因となります。また、生活障害があるので生活上の支援が必要になる状態です。(図1-3)

図1-3



私は精神科医をしています。認知症の人を診療して20年近くになります。どうして私のような精神科医が認知症の人の診療に携わるかという、認知症の前段階といわれる「軽度認知障害」から認知症の全経過を通じて8割から9割、かな

りの割合の人に精神症状が合併してくるからなのです。記憶の障害や周囲の状況が分からなくなるために、不安を生じてしまったり、それに伴ってうつ状態になったりすることがあります。うつ状態は軽いものを含めると、認知症の7~8割の人に合併しています。

周囲の人が困ってしまう妄想として、物盗られ妄想があります。認知症の人にはさまざまな不安があることが多いので、例えばお金とか通帳は自分のよりどころとしてとても大切にします。誰かに盗られないように一生懸命工夫して、しまいこみます。工夫してしまえばしまうほど、あとで見つからなくなってしまいます。そんなときに、自分がどこかに置き忘れたことも忘れてしまう。「誰かが盗った」と思い込んでしまうのです。盗る可能性のある人は、身近にいる人なので、世話をしている娘さんやお嫁さんなどがターゲットになってしまうのです。また、「誰もいないのに誰かがいる」などという幻覚を生じて不安が強まったり、夜間眠れなくなったりしてしまったりします。そしてイライラ、焦燥感が認められるようになったり、興奮状態になったりしてしまったりもします。認知機能障害、もの忘れとか周囲の状況が分からないということも生活障害の原因となりますが、精神症状も生活障害の原因となります。こういった精神症状を改善するために私たちがのような精神科医が関与することになります。(図1-4)

図1-4

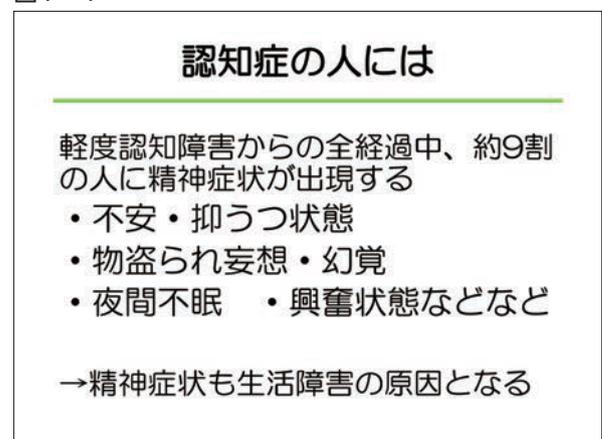


図1-5

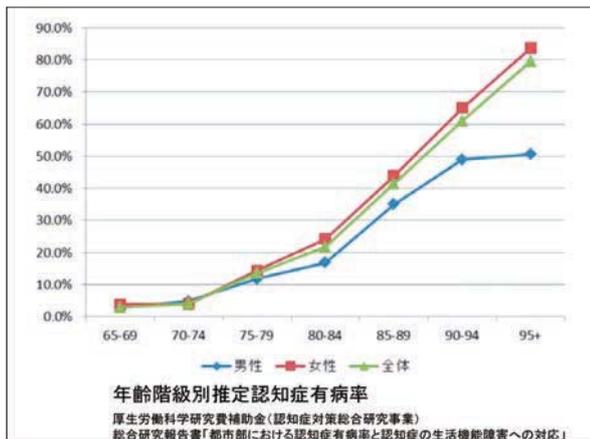


図1-5は平成25年に発表された厚労省の研究班のデータです。このデータは、私にとって衝撃的でした。このデータは、年齢階級別推定認知症有病率、ある年齢層の人に認知症の人がどのくらいの割合でいるかを示しています。緑が全体です。これを見ると65歳から69歳までの人、70歳から74歳までの人は5%未満ですが、75歳から79歳までの人になると10%を超えます。80歳から84歳までの人では20%、85歳から89歳までの人では40%、90歳から94歳までの人では60%、95歳以上では8割が認知症ということを示しています。これを見ると私たちが高齢化することが認知症の最も大きな危険因子で、誰でも高齢になれば認知症になる可能性が加速度的に高まることを見て取れると思います。

今回のテーマである介護離職のことを考えてみると、両親が健在で高齢である場合、両親が認知症を発症するリスクは年々高まることとなります。(図1-6)



図1-6

## 認 知 症

- 高齢化が一番の危険因子  
→だれでも高齢になればなるほど、認知症を発症する可能性が高まる
- 両親が高齢の場合、両親の認知症発症のリスクは年々高まる。

認知症の人には支援が必要ですが、対人的な支援ですので、ほかの障害の場合と同じく本人本位が大原則です。たとえ認知機能障害があろうとも、たとえ精神症状があろうとも、私たち人間のやることには必ず理由があるので、相手の言動に少し理解ができないことがあったとしても、とことん本人の立場に立った理解と支援が必要になります。

また支援の中で、私が最も重要だと思うのは「希望」です。人間は希望がないとやっていけません。認知症でもかなり大変な状態になる人もいます。しかしどんなに苦しい状況、どんなに厳しい状況の中でも希望を見いだすことがとても大切です。希望という点では、認知症の人の改善可能な部分はすごくたくさんあるので、そこに注目することが大切になります。(図1-7)

図1-7

## 対人的支援のポイント

- 本人本位  
→本人の立場に立った支援
- 希望を見いだすこと  
パンドラの箱の寓話

図1-7に「パンドラの箱の寓話（ぐうわ）」と書いてあります。パンドラが箱を開いたら、中からありとあらゆる恐ろしい災厄が飛び出してきたが、最後に箱の中をのぞいたら「希望」が残っていたというお話です。これは、私たち人間はどんな厳しい状況の中であっても「希望」を見いだすことができるということを言っているのではないかと私は考えています。

私たちは脳の機能を利用して、周囲の状況を把握して、記憶をしたり、理解・判断して周囲に働きかけたりしています。認知症の状態というのは、脳の機能が低下して認知機能障害を生じて生活障害を生じている状態です。認知症に伴って、精神症状が出てくる人がいます。脳の機能が低下して、認知機能障害を生じるのは、医学的な原因によります。この部分に関しては医療が担当します。一方、生活障害の支援は介護の役割になります。認知症の人の支援においては、医療と介護をバランスよく利用していくことが重要になります。医療も介護も、どちらかだけではうまくいきません。質の高い支援のためには医療と介護の協調関係が必要だと思えます。（図1-8）

以上をまとめると、認知症支援のポイントは、医療と介護ができることをよく理解して、バランスよく、可能な限りの多くの支援を受けることとなります。孤立を避け、ひとりだけで、家族だけで抱え込まないことも重要です。介護離職は抱え

込みと孤立につながってしまう可能性が高いので、どんなことがあっても避けた方がいいと私は考えています。

支援についてです。フォーマルな支援としては、世界に誇れる日本の介護保険サービスがあります。介護保険制度は、2000年から始まって、年を追ってどんどん洗練されてきていると思います。この介護保険サービスをとことん利用すること、さらに地域ごとに特色のある支援もあるので、これもしっかり調べて利用することが重要です。

また、インフォーマルな支援もとても重要です。周囲の協力ですね。一人だけで抱え込まず、家族の協力や親族の協力を得る。そして地域との関わり。私たち人間は地域社会の中で、人との関わりの中で生きているので、認知症の人には地域の人たちの支援が欠かせません。認知症の人がどこかに行きたいと思っ出て出掛けて、途中で分からなくなってしまっって徘徊（はいかい）という状態になってしまったりすることがあります。こういったケースでは、特に地域の人たちの理解があるかどうか、その後の展開に大きく関わってきます。

そして職場の人たちなどの協力も極めて重要です。認知症の人は日に日に状態が変わって、とても大変な状況になることもあります。そんなときにも誰かが近くにいって支えてくれる、誰かの支援が受けられる、誰かの気遣いを受けられる、そういうことがあると大変な介護も頑張ることができたりするので、支援が受けられるような環境整備は重要になります。（図1-9）

図1-8

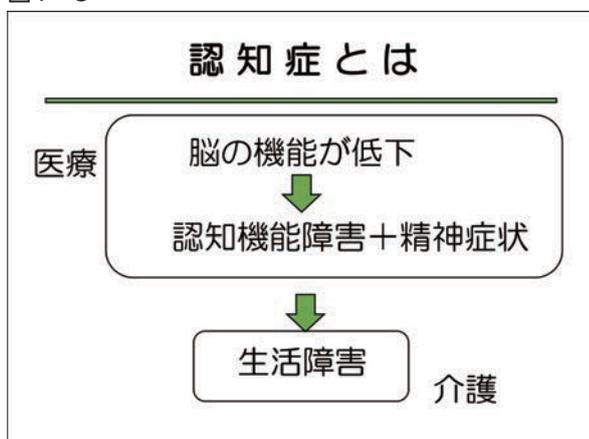


図1-9

### 認知症支援のポイント

---

- 医療・介護のできることを理解し、可能な限りの支援を受けること
  - 孤立を避ける  
ひとりだけで、家族だけで、抱え込まない
- フォーマルな支援
  - 介護保険サービス、地域行政による支援
- インフォーマルな支援
  - 周囲（家族、親族、地域の方々、職場の方々など）の協力

医療と介護で認知症の人を支えることになるわけですが、私は医師なので医療ができることについてお話をさせていただこうと思います。医療ができるのは、認知機能障害や精神症状の原因の検索です。原因がわかったら、次は改善させることになります。認知機能障害の改善に関しては、「治る認知症」があります。認知機能障害の医学的な治療では、抗認知症薬もあります。新薬の話題もあってかなり注目されているのですが、残念ながら今のところは、大きな効果は期待できません。それについてもお話しします。そして、認知症における精神症状の改善に関しては医療がかなり役に立ちますので、それについても話をさせていただければと思います。（図1-10）

図1-10

### 認知症 医療ができること

---

- 認知機能障害、精神症状の原因の検索
- 認知機能障害の改善
  - 「治療可能な認知症（治る認知症）」の治療
- 残念ながら抗認知症薬に期待はできない
- 精神症状の改善

まず認知症の原因の検索です。認知症はある状態のことなので、認知症の状態になる原因がいろいろあります。認知症の原因は大きく2種類に分類されます。治療可能な「治る認知症」と認知症の原因疾患です。原因疾患は、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など何十種類もあります。（図1-11）

図1-11

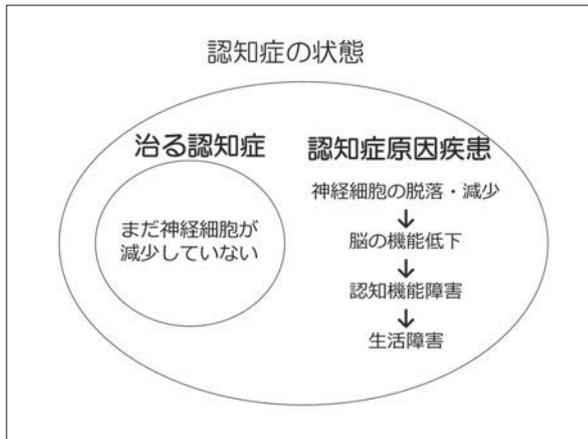
### 認知症の原因の検索

---

- 認知症の原因
  - 2種類に分類
    - 治る認知症
    - 認知症原因疾患  
アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など

「治る認知症」と認知症の原因疾患は何が違うのでしょうか。「治る認知症」は脳の神経細胞がまだ減少していない状態です。脳の神経細胞が減少していないから、その原因を改善することができれば元どおりになる可能性があるわけです。それに対してアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの認知症原因疾患に関しては、脳の神経細胞が減少してしまうことによって脳機能が低下して認知機能障害・生活障害を生じてきます。残念ながら今の医学では減少してしまった神経細胞を元に戻すことはできないので、元どおりに治すことは難しいということになります。（図1-12）

図1-12



認知症の状態になる原因には、図1-13の青枠の「治る認知症」と赤枠の認知症原因疾患の、大きく分けて2種類あります。「治る認知症」には正常圧水頭症、意識障害（せん妄状態）、うつ状態、精神的ストレスなどがあります。アルツハイマー型認知症など認知症原因疾患で認知症の状態にある人に「治る認知症」が合併することもあります。こうしたケースでは、「治る認知症」の部分に関しては改善ができるわけです。アルツハイマー型認知症と診断されている人であっても、その人の認知機能低下の原因はアルツハイマー型認知症だけではなく、必ず複数の原因が関与しています。したがって、複数の原因を見つけ出して、そのうちの「治る認知症」にアプローチすることが重要です、なぜかといえばその部分は改善することができるからです。（図1-13、1-14）

図1-15のように認知症の状態の原因を模式的に描いてみました。もともとアルツハイマー型認知症と診断を受けた人がいました。アルツハイマー型認知症は徐々に進行していきます。その人が軽い脳梗塞を起こして、麻痺などの後遺症は残らなかったのですが、脳血管障害による認知機能低下も加わりました。また、うつ状態になってしまったり、治療薬の副作用で認知機能低下があったり、正常圧水頭症も合併した状態になってしまいました。現在のところ、アルツハイマー型認知症や脳血管障害に関しては、これ以上なるべく進

図1-13

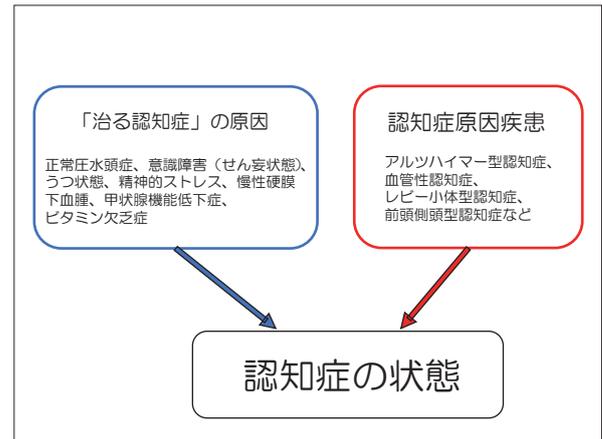
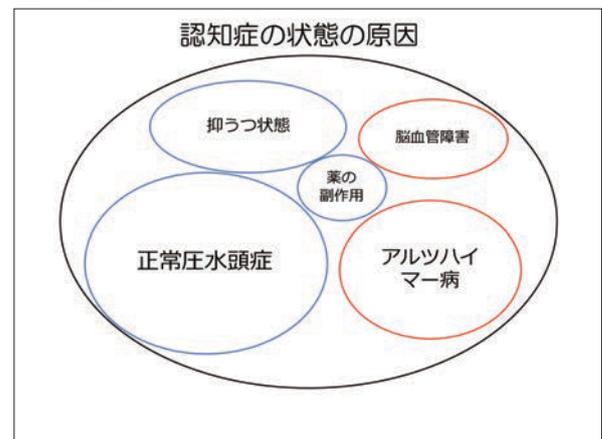


図1-14

### 認知症の原因の検索

- ある認知症の人の認知症の原因  
→複数の原因が関与している
- 「治る認知症」に注目することが重要

図1-15

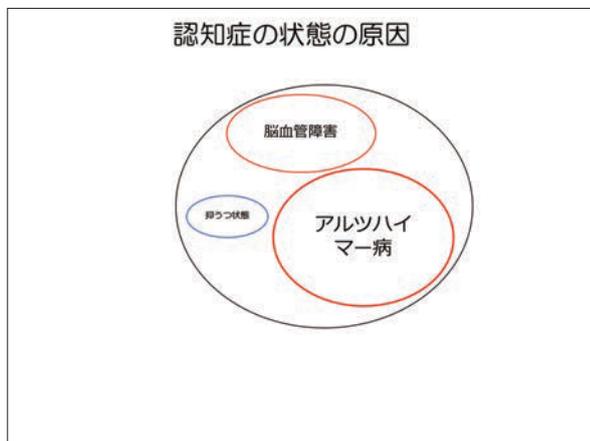


行させないということはできるのですが、元の状態に戻すとか改善することは残念ながら難しいです。

でも図1-15の青枠の抑うつ状態や薬の副作用、正常圧水頭症に関しては、適切な医学的な関与で改善することが可能です。正常圧水頭症は脳

外科的な治療で、図1-16のように劇的に改善する人がいます。図1-16では、正常圧水頭症の認知症の原因はなくなりました。うつ状態は完全には改善しなかったのですが、だいぶ小さくなりました。薬の副作用に関しては、その薬をやめたので改善しました。そういうことになると原因が、図1-15の状態に比べれば非常に小さくなるので、この人の認知症の状態は大きく改善することになります。認知症に関しては、改善可能な「治る認知症」に注目し、医学的な対応をすることがとても重要になります。

図1-16



このケースでも出てきた、「治る認知症」として有名な正常圧水頭症、私の外来でも月に1人か2人ぐらい正常圧水頭症の疑いの方が来院されます。

私たちの脳は脳脊髄液という液体の中に浮いています。脳脊髄液は循環しているのですが、循環が妨げられて脳室にたまってしまい、たまった脳脊髄液に脳が圧迫されたせいで認知症の症状を呈します。「認知症」と「歩行障害」と「排尿障害」の三つがよく出る症状として「三主徴」と言われています。この「三主徴」は高齢者によくある症状なので、「年のせい」ということで片付けられがちですが、もし正常圧水頭症であれば、たまってしまった脳脊髄液を脳外科的に除去することで症状が改善します。なので、こういった三つの症状がある場合には正常圧水頭症を疑って、積極的

に検査をして対応することが重要になります。(図1-17)

抗認知症薬は現在4種類が発売されています。認知症原因疾患の中でアルツハイマー型認知症が5割から6割ぐらい、脳血管性認知症が2割ぐらい、レビー小体型認知症が1割ぐらいということで、最も多いアルツハイマー型認知症に対する薬です。一部レビー小体型認知症にも適用がありますが、主にアルツハイマー型認知症への薬になります。(図1-18)

図1-17

### 正常圧水頭症

- 脳脊髄液が通常より多く、脳室内に貯留した状態  
→ 脳脊髄液の圧迫で認知症の症状を呈する
- 三主徴
  - ・ 歩行障害
  - ・ 認知症
  - ・ 排尿障害

← 高齢者によくある症状なので、「年のせい」で片付けられがち  
→ 脳外科的に脳脊髄液を除去することで症状が改善

図1-18

### 抗認知症薬について

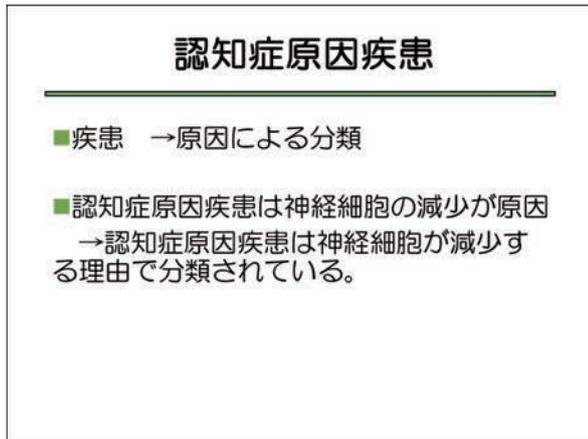
■ アルツハイマー型認知症	約50-60%
■ 脳血管性認知症	約20%
■ レビー小体型認知症	約10%

以上の三大認知症で全体の約8-9割を占める

→ アルツハイマー型認知症に関して抗認知症薬の存在

少し詳しく説明しましょう。疾患は原因で分類されています。アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症などの認知症原因疾患は脳の神経細胞の減少が原因なので、脳の神経細胞が減少する理由で分類されています。認知症

図1-19



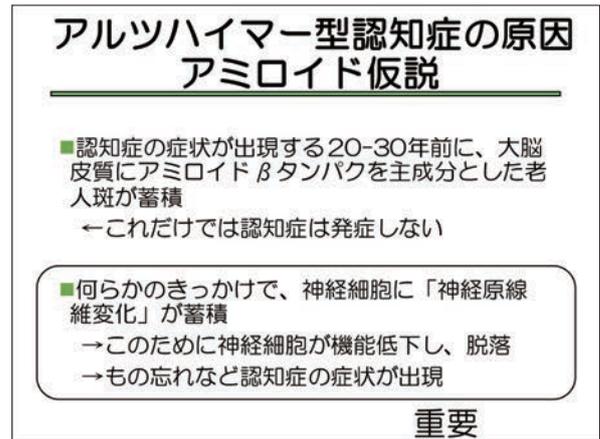
原因疾患を理解するためには、神経細胞が減少してしまう理由を理解することが重要になります。(図1-19)

アルツハイマー型認知症では、まず記憶障害が認められます。症状が出る20年、30年前から、アミロイドβタンパク質が集積した老人斑が脳内にできてきます。認知機能障害の原因となるのは、その後に神経細胞の中にできる神経原線維変化という物質です。これは神経細胞の中にあってはならない物質なので、これがあるせいで神経細胞の機能が低下して、神経細胞が減少してしまう。これがアルツハイマー型認知症の原因です。

アルツハイマー型認知症の発症に関しては、「アミロイド仮説」が信じられています。認知症の症状が出る20年、30年前に大脳皮質にアミロイドβタンパクを主成分とした老人斑が蓄積を始めますが、これだけでは認知症の症状はほとんど出ません。その後に、何らかのきっかけで神経細胞に神経原線維変化ができてしまうことで神経細胞の機能が低下して脱落してしまうために、もの忘れなどの症状が出てくるのです。アルツハイマー型認知症の認知機能障害にもっとも関連しているのは、神経原線維変化なのです。(図1-20)

アルツハイマー型認知症の場合、急に認知症の状態になることはありません。健常な状態からまず「主観的認知機能低下」という状態になります。「主観的認知機能低下」とは、本人は自分のもの

図1-20



忘れに気が付いているのですが、周囲の人は気付かず、認知機能検査をしても異常は認められないような状態です。さらに進行すると周囲の人も本人のもの忘れに気付くが、生活上の支障は認められない状態となります。この状態が「軽度認知障害」です。さらに周囲の状況が分からなくなる見当識障害などが出てきて生活障害が認められるようになると認知症の状態となります。(図1-21)

アルツハイマー型認知症の進行は、最初にアミロイドβタンパクが蓄積して老人斑が蓄積して、何らかの原因で神経原線維変化がたまって神経細胞の減少、そして認知症の症状が出ますが、神経細胞が減少するまでは健常な状態です。神経細胞が減少し始めて「主観的認知機能低下」「軽度認知障害」、そして認知症の状態になります。(図1-22)

図1-21

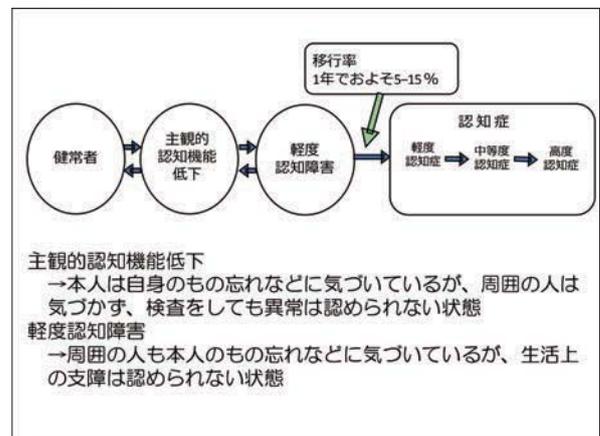
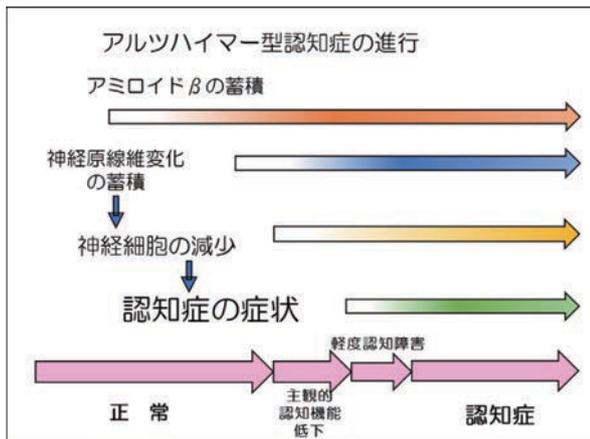


図1-22



現在発売されている抗認知症薬は4種類ありますが、残念ながらいずれもアルツハイマー型認知症による神経細胞の減少を止めるという薬ではありません。この4種類の薬を私も処方しますが、これらを内服していても神経細胞の減少は進行しています。しかし、薬の効果で脳の活動が少し活発になったりするため、一時的に認知機能が改善する人がいるのです。(図1-23)

最近話題になっている新薬についてお話しします。1999年に動物モデルを使った実験で、アミロイドβに対する抗体により、脳の中にたまったアミロイドβを取り除くことができることが、証明されました。この実験の後、アミロイドβタンパクに対するワクチンが開発されたのです。しかし、臨床試験でワクチン療法を受けた数パーセントの人に脳炎が起こるといった重大な副作用が見られたために開発は中止になりました。(図1-24)

その後、研究室内でアミロイドβに対する純粋な抗体をつくって、それを点滴で体内に投与する抗体医薬による受動免疫療法が開発されました。これはとても多額の費用がかかる治療法です。(図1-25)

図1-23

### これまでの抗認知症薬

- 1999年 アリセプト（一般名ドネペジル）
- 2011年 レミニール（一般名ガランタミン）  
リバスタッチパッチ・エクセロンパッチ  
（一般名リバスタチグミン）  
メモリー（一般名メマンチン）

■いずれもアルツハイマー型認知症による神経細胞の減少を止めることはできない。  
→上記の抗認知症薬を内服していても、神経細胞の減少は進行し、アルツハイマー型認知症は進行する

図1-24

### アルツハイマー型認知症の新薬

- 1999年、米国の研究グループが、アミロイドβに対する抗体を体の中につくらせることで、脳の中に溜まったアミロイドβを取り除くことができることを、動物モデルを使った実験で証明  
→アミロイドβタンパクに対するワクチンの開発

→臨床試験で、ワクチン療法を受けた数%の人に脳を覆っている髄膜に炎症が起こる重大な副作用がみられたため、開発は中止となった。

図1-25

### 抗体医薬による受動免疫療法

- ワクチン療法は、人間の身体に抗原を入れることで、抗体をつくらせるもの  
→いろいろな抗体ができてしまい、副作用の原因となった
- 抗体医薬による受動免疫療法  
→体外でアミロイドβに反応するモノクローナル抗体を調製して、体内に投与する方法

図1-26のアデュカヌマブは日本では承認されなかったのですが、アメリカFDAが条件付きで2021年に承認した薬剤です。非常に高価で、例えば体重74キロの人だと当初は年間5万6000ドル、当時のレートで約600万円。その後は半額の2万8000ドルに値下げしたのですが、高齢者向けの保険の適用にならなかったこともあり、販売は低迷しました。

図1-26

### アデュカヌマブ

- 2011年6月、アメリカFDAが条件付きで承認
- 日本、欧州では承認見送り
- 薬価
  - ・ 体重74kgの人 当初年間5万6千ドル（約600万円）、その後2022年1月に2万8千ドル（約300万円）に値下げ
- アメリカでも高齢者向けの保険で保険適用にならず、販売は低迷

今回認可されたのはレカネマブという新薬です。アミロイドβの塊を除去する薬剤になります。レカネマブでは、1795人に臨床試験を実施して、18カ月間で認知症の症状の悪化が27%抑制されたとの結果が得られています。最初のアデュカヌマブより成績はいいのですが18カ月間で認知症の症状の悪化が27%抑制されたというのは、効果としてはあまり大きなものではありません。臨床的には違いが分かるかどうかというレベルの結果です。(図1-27)

図1-27

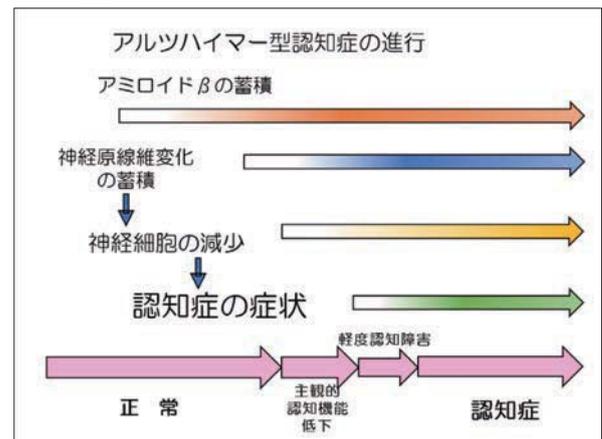
### レカネマブ

- 日本、北米、欧州、アジアの235施設で1795人を対象に臨床試験を実施
- 18ヶ月間で認知症の症状の悪化が27%抑制されたとの結果
- 画像検査では投与した患者の12.6%に副作用とみられる脳の浮腫が、17.3%に脳の出血が見つかったが、大部分は軽症で発見4カ月後には消失したという。また18カ月後も希望して新薬の投与を受けた1608人のうち2人が、偽薬投与群の897人のうち1人がそれぞれ脳出血で死亡した。

https://scienceportal.jst.go.jp/newsflash/20221201\_n01/

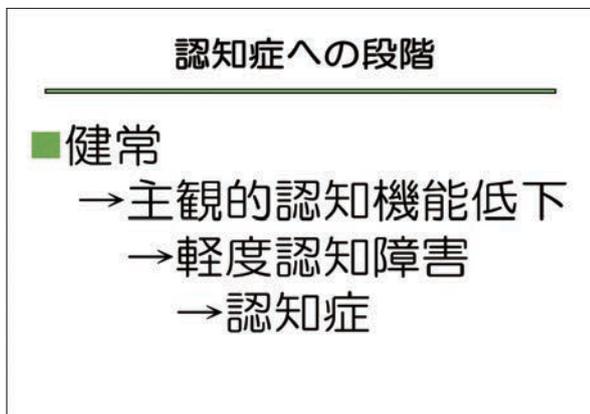
その理由を考えてみましょう。レカネマブはアミロイドβを取り除く薬です。今回の臨床試験が対象とした人は軽度認知障害の人と軽度の認知症の人なので、神経原線維変化の蓄積が始まっている、すでに神経細胞が減少している人なのです。いくらアミロイドβの蓄積を止めても、神経原線維変化の蓄積のメカニズムのほうは止まらないので、認知機能低下の進行の抑制の効果が十分ではないのです。残念ながら、私たちの社会の認知症の現状を大きく変えるような効果は持ち得ないのかなと思います。(図1-28)

図1-28



健常な状態から「主観的認知機能低下」、「軽度認知障害」、認知症と、多くの認知症の人はこのような順番で進行していきます。さまざまな研究結果から、適切なりハビリをすることによって「軽度認知障害」から健常への回復率が1年でおおよそ16～41%と言われています。「軽度認知障害」の状態でももしないでいると1年で5～15%の人が認知症になってしまいます。「軽度認知障害」からは健常な状態に戻ることがありますが、認知症になってしまうと残念ながら戻るのが難しくなります。(図1-29)

図1-29



もし、「主観的認知機能低下」や「軽度認知障害」に気づいたらどうすればいいのでしょうか。認知機能障害は、身体の異常から生じることがあるので、もの忘れ外来などで頭の写真を含めた身体的な異常をチェックして、「治る認知症」があればそれを改善します。身体的な異常が認められない場合は、生活習慣の改善や適切なりハビリで回復を目指すこととなります。(図1-30、1-31、1-32)

適切なりハビリに関しては、日本認知症予防学会の理事長の浦上先生が書いた『科学的に正しい認知症予防』という本が参考になります。浦上先生が引用した2020年の医学論文に基づくと、認知症の発症リスク因子は12個あって、これらをコントロールすることで認知症になる人が4割減らせると書いてあります。

図1-30

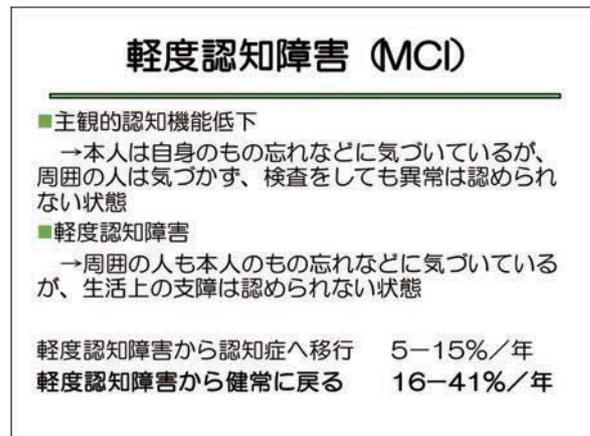


図1-31

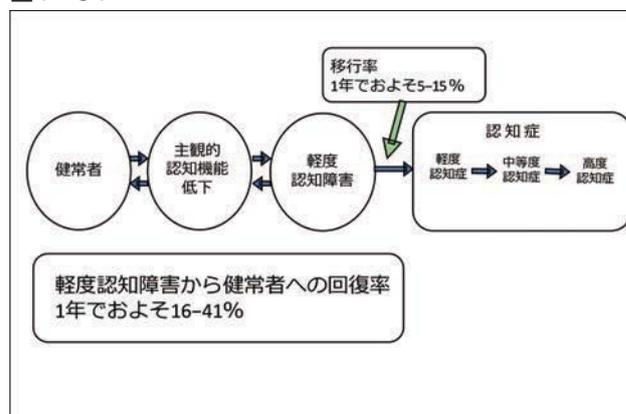
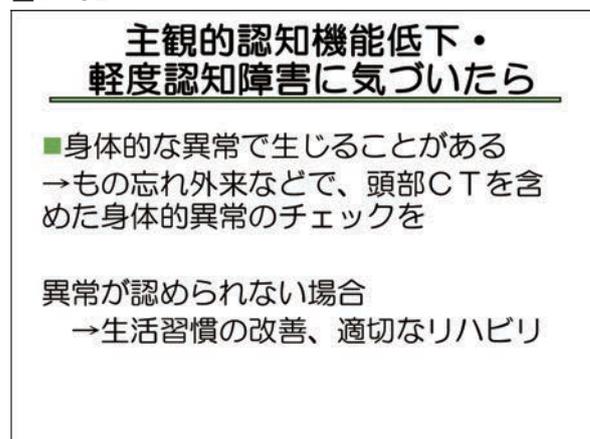


図1-32



12個あるリスク因子をまとめると、「運動」・「コミュニケーション」・「知的な活動」という3つの要素に分類できます。私たちは動物なので基本的に身体機能を維持するために運動はとても重要です。そしてコミュニケーション。人類は過去に20種類以上いたのですが、私たちホモ・サピエンス

だけが生き残りました。たとえばネアンデルタール人は私たちよりもずっと頑強な体を持っていて脳の容積も大きかったらしいですが、減んでしまいました。それはなぜかという、ホモ・サピエンスはコミュニケーション能力が高く、何十人、何百人以上の集団でまとまった行動をとることができたからでした。コミュニケーションが欠けてしまうと認知機能障害を生じやすくなるのです。

コミュニケーションの重要性はここ2～3年のコロナ禍で実証されています。コロナ禍で私たちは半強制的に隔離生活を送ることを余儀なくされました。私が外来をしても、コロナ禍になって友人と会う機会が減少し、集まりもなくなってしまった結果、もの忘れを生じ困っているという人がたくさんいるのです。

知的な活動とは、新しいことにさまざまトライするということです。これも私たちホモサピエンスが発展を続けてきた基本的なベースです。

「運動」・「コミュニケーション」・「知的な活動」という3つの要素をバランス良く継続することが認知症の予防にもなるし、進行の予防にもなります。高血圧や糖尿病、リスク因子に対応し、これを減らすことが効果的です。(図1-33、1-34)

認知症の支援では、介護保険サービスの利用が重要になります。認知症の人が認知機能障害のみであれば、すなわちもの忘れや日付や曜日が分からない、自分のいる場所が分からないなどの見当識障害や、理解力・判断力の低下などだけであれば、認知症の人が何に困っているのかを周りの人も比較的容易に理解することができます。本人の困りごとがわかれば、かなり質のよい支援も可能になることでしょう。しかし、幻覚や妄想とか、興奮状態などの精神症状が出てしまうと支援が困難になってしまいます。精神症状のために介護保険サービスの利用自体ができなくなってしまうこともあります。(図1-35)

図1-33

### 3つの生活習慣と12の認知症発症リスク因子

- 3つの生活習慣  
「運動」「コミュニケーション」「知的な活動」
- 12の認知症発症リスク因子  
「難聴」「教育歴」「喫煙」「抑うつ」「社会的孤立」  
「頸部外傷」「運動不足」「高血圧」「大気汚染」  
「糖尿病」「過剰飲酒」「肥満」

3つの生活習慣に気をつけて生活することで、自然と12のリスク因子の軽減につながる。

(出所)  
「科学的に正しい認知症予防」 浦上克也著 翔泳社刊

図1-34

## リスク因子を減らす

- 高血圧、糖尿病、難聴
- 生活習慣の見直し
  - ・ 喫煙、過剰飲酒、運動不足

図1-35

## 認知症の支援

- 介護保険サービスの利用
  - もの忘れ、日付や曜日がわからない、自分のいる場所がわからないなどの見当識障害、理解力・判断力の低下などであれば、本人が何に困っているのかを比較的容易に理解することができる
  - 支援も可能
  - ひとたび、幻覚や妄想、精神運動興奮などが出てしまうと、支援が困難になり、介護保険サービスの利用が困難となることがある。

認知症の支援では、「うつ」や「せん妄」などの精神症状の改善というのが結構重要です。

私の外来などでもよくあるのが、せん妄状態のケースです。特に夜間にせん妄状態は起こりやすいのです。例えば、これは75歳の男性のケースです。もともと高血圧で内科にかかっていました。60歳定年後の生活環境の変化から不眠を訴え、かかりつけの先生からレンドルミンというベンゾジアゼピン系の睡眠導入剤を処方されていました。ベンゾジアゼピン系の薬剤は、報告によっては人口の数パーセントに処方されているというぐらい大量に処方されている薬剤です。3年ほど前からもの忘れが認められるようになったのですが、年相応と言われていました。しかし3カ月前から夜間に幻覚を生じたり、「子どもが帰ってこない」と心配して探し回るようになったりしています。また、自宅にいるのに「うちに帰る」と言いだして外に出ていってしまうこともありました。制止すると興奮し、大声を出したりします。

こうした、夜間に自分のいる場所が分からなくなったり、興奮状態になってしまったりという夜間せん妄状態は結構多くのケースがあります。このケースでは、レンドルミンの影響が考えられます。若いうちはいいのですが、高齢になるとこういった副作用を生じてしまうことが多いのです。レンドルミンは急にやめられないのですが、このケースでも徐々にレンドルミンを中止して、副作用がない範囲で薬を使って夜間の状態を改善することができています。(図1-36)

図1-36

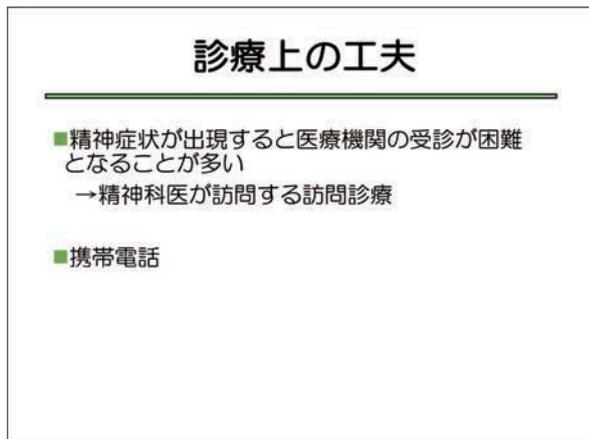
### 夜間せん妄状態のケース

- 75歳男性
- もともと高血圧で内科にかかっていた。60歳定年後から不眠を訴え、かかりつけ医からレンドルミンという睡眠導入剤を処方されていた。3年ほど前からもの忘れが認められるようになったが、年相応と言われていた。3ヶ月前から、夜間に幻覚を生じたり、「子供が帰ってこない」と心配して、探し回るようになった。まだ自宅にいるのに、「うちに帰る」と言いだし、外に出て行ってしまいうこともあった。制止すると興奮し、大声を出したりしていた。

私がやっていた診療上の工夫についてです。精神症状が出現すると医療機関の受診が困難になることが多いです。私の方から訪問する訪問診療をやっていました。私は5年前に直腸がんを患ってしまったため、排せつ障害が出て、半年ぐらいほとんど外出ができなかったりしたので、訪問診療をしばらく中断したのですが、最近少しずつ再開しています。以前訪問診療をしていたときに、一番効果があったのが私の携帯電話です。受診する本人も困っているし、家族も困っているということで、私個人の携帯電話の番号を家族に教えて、寝るときも枕元に携帯電話を置いたりして電話で24時間365日対応をしていました。

24時間365日専門家につながる電話があるということで、ご家族がすごく安心します。そのご家族の安心が本人に伝わって本人の精神症状が改善するという効果がありました。私が処方する精神科薬よりも私の携帯電話の番号のほうが何十倍も効果がありました。日中の間にきちんと対応をしておけば、夜間にかかってくることはそれほどなかったもので、これはなかなかよいアイデアだったと思っています。(図1-37)

図1-37



私たちが高齢化すればするほど認知症の発症の可能性が高まります。認知症に関しては医療と介護をバランス良く、最大限に利用して支援を受けることが重要です。医療ができることとしては「治る認知症」の改善。そして精神症状の改善がとても重要です。孤立を避けて、可能な限りできるだけ多くの支援を受けることが重要になります。

支援の基本的な考え方としては、本人本位、そして「希望」を見つけ出すことです。少しでも改善できる、今日よりも明日、明日よりもあさって、改善できるような要因を見つけ出すことが重要になると考えています。

ご清聴どうもありがとうございました。(図1-38)



図1-38

## まとめ

- 高齢化すればするほど、認知症発症の可能性が高まる
- 医療ができること
  - 治る認知症の検索とその改善
  - 精神症状の改善
- 可能な限りの多くの支援を受けることが重要
- 考え方の基本
  - 本人本意
  - 希望を見つけ出す