

認知症予防の意義と初期介入について

◎辻 正純¹⁾

辻内科循環器科歯科クリニック¹⁾

認知症は高齢化社会の進展と共に、近年急増しており、その早期診断と早期介入は現代の日本では近喫の問題となっている。

アルツハイマー型認知症は、生活習慣病特に糖尿病との関連が示唆されており、1次予防としての取り組みが認知症の有病率を低下させることが最近の研究から知られるようになった。また、MCI もしくは軽度な認知症からの2次予防の有用性が最新の研究から報告されている。さらに医療や介護現場では重度化を防止するための3次予防の取り組みが行われている。

このように認知症予防は1次予防から3次予防まで、夢から現実のものなろうとしており、本講演では、プレクリニカルステージから始まる認知症予防と早期介入についての現況を説明したい。

認知症医療に必要な知識とスキル

◎児玉 直樹¹⁾

高崎健康福祉大学 医療情報学科、日本認知症予防学会¹⁾

日本は急速に高齢化が進んでおり、団塊の世代が75歳以上となる2025年以降には、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが推定され、2025年問題とも呼ばれている。厚生労働省は、2025年までに高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。この地域包括ケアシステムは、介護が必要になった高齢者も住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるように、「医療、介護、予防、住まい、生活支援・福祉サービス」の五つのサービスを連携させながら在宅の生活を支えることである。疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要となる。この在宅医療・介護の連携推進は、診療報酬改定にも反映されており、2018年診療報酬・介護報酬の同時改定の際にはさらなる反映が予想されている。

新オレンジプランの基本的考え方も、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことである。新オレンジプランの7つの柱は、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視である。

臨床検査技師にとっても認知症医療や認知症予防の取り組みを積極的に発信するとともに、効果の定量的評価を行い、科学的なエビデンスを創出していくことが社会から求められている。認知症予防への対応は、常に一步先んじて何らかの手を打つという意識を持ち、社会へ普及・啓発していく必要がある。

エビデンスとは科学的根拠、つまり実験結果などを基に「根拠がある」と示されることである。日頃から

医療機関において認知症医療を実践する際には、日々のデータを蓄積し、その結果を統計処理して誰にでも分かるような裏付けを示す必要がある。近年、市民の認知症に対する関心は高まり、TVやインターネットで認知症医療に関する情報を数多く入手することが可能となったが、これら情報が必ずしも「認知症に効果のあるもの」と言い切ることはできない。これら情報に十分なエビデンスがなく、エビデンスのない情報であるにも関わらず、過大に宣伝されたために市民に誤解と混乱を与えている場合がある。

認知症に対する医療がどの程度信頼できるものであるかの指標として、エビデンスレベルがあえる。このエビデンスレベルは可能な限りバイアスを排除したものが高いエビデンスレベルとなる。また、研究デザインによってエビデンスレベルは変化することになる。そのため、エビデンスレベルを高いものにするためには、実践する前段階でどのような研究デザインとするのか十分に練られたものでなければならない。また、実践する前に症例数の見積もりをしておく必要もある。特に重要なポイントは、1) 比較する群間で本当に効果があるものであるか、2) 症例数が少なすぎると群間の差を検定により立証できない確率が高い、3) 症例数が多すぎると群間の差を検定で立証できる確率は高まるが、本当はもっと少ない症例数で立証できる可能性があり、時間とコストを無駄にしないための適切な症例数はどれくらいか。

エビデンスを得るためには統計処理を正しく行う必要がある。結果をまとめ、介入群と非介入群との間に有意な差があったかどうか統計処理を行なうが、対象者の人数や対象となる群の数、対応の有無などによって統計処理が異なるので注意が必要である。エビデンスを得るためには統計処理を正しく行なわなければならない。t検定のみを多用するのは正しい統計処理ではない。

本講演では、医療機関において認知症医療を実践していくうえで必要な知識とスキルについて、特に認知医療の最新知識、画像診断技術、エビデンスを得るための統計処理やデータ処理の方法、エビデンスレベルなどについて解説する。

認知症の人と家族を支える制度・政策について

◎金築 真志¹⁾

出雲市役所 高齢福祉課¹⁾

近年、高齢者の交通事故のマスコミ報道が増え、そのつど認知症の疑いについても言及される。その意味では認知症に多くの注目が集まっているといえる。しかしその注目が真に疾病の理解に繋がっているかは大きい疑問であり、場合によっては認知症ケアの質を後退させかねないと危惧している。極めて近い将来、認知症を持って生きることがあたりまえの社会を迎える我々が、今なにを意識し学んでおくべきなのかを考えたい。

【超高齢社会では何が起こるか】

日本は世界に先駆けて「人口減少・超高齢社会」を迎えている。特に大都市部では今後 10 年間に後期高齢者が急増し、医療・介護サービス資源の整備、看取り場所の対応、孤独死への対応など課題が多い。一方地方では若年人口減少等で地域力が低下し、消滅自治体が現実味を帯びることになりそうである。

現在の認知症高齢者数は 462 万人であるが、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には 700 万人を超え、高齢者の 5 人に 1 人は認知症を持つと予測されている。

我々は、誰の為でもなく自分の為に「認知障がいとつきあひながら幸せに生きることができる社会」を実現すべき世代である。

【認知症ケアの課題】

認知症予防の取組みは必要ではあるが、暗に「認知症にだけはなりたくない」という意識を背景とする場合がある。認知症当事者はもの忘れを自覚し強い不安感に襲われる中、家族・周囲からは叱責されるという「寄り辺なさ」（エスポアール出雲クリニック 高橋幸男院長のキーワード）が様々な行動障がいの要因と考えられている。周囲が認知症の疾病特性を知り、早期に適切に関わることが重要である。また、身体機能が低下した中重度期に適切な医療サービスが切れ目なく提供されることも必要である。こういった初期・重度期の対応はまだ不十分であり、まずは認知症に対する思い込みや「認知症を彼岸に追いやる意識」を無くすことが求められる。

【認知症ケアから生まれる社会の姿】

京都式オレンジプラン「アイメッセージ」を皮切りに、国の新オレンジプランなど当事者にフォーカスした制度・政策に陽が当たりつつあるが、育てていくのは

我々である。認知症に関わる医療専門職は、日本の新しい社会文化を創る人材となり得る。その使命を与えられた若い方々に期待したい。