

## 第32回国際アルツハイマー病協会国際会議

洛和会京都新薬開発支援センター

中村 重信

### 【要旨】

高齢化が世界中で進み、認知症の人が増加して、多くの国で大きな社会問題になっている。高齢化が顕著なわが国で、いかに認知症に対応しているかは諸外国が注目しているところである。すでに、2004年に第20回国際アルツハイマー病協会国際会議を京都で行い、大きな成果を挙げた。さらに、2017年には第32回国際アルツハイマー病協会国際会議が4月26日から29日まで、京都で開かれる予定である。この13年間に、認知症に対する社会の関心は大きく変貌した。それらの点が2017年の国際会議では検討されることになる。本稿では国際会議で検討される認知症の医療やケアの問題点を概説する。とくに、すでに決定されている基調講演や一般公募講演のトピックスをもとに、国際会議の見どころ・聞きどころを紹介する。認知症は多くの診療科でも避けて通れない問題となっているため、多くの方がこの会議に参加されることを期待する。

**Key words** : 認知症、国際アルツハイマー病協会、認知症の人と家族の会、連携、グローバル化

### 【はじめに】

2004年に第20回国際アルツハイマー病協会国際会議が京都で開催され、多くの洛和会の方々のお世話になり、会議は成功した<sup>1)</sup>。当時はまだ「痴呆」と呼ばれていた名称が、国際会議後間もなく「認知症」として、世の中で使われるようになった。洛和会でも、介護サービスセンター、介護支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイセンター、グループホーム、地域包括支援センター、小規模多機能サービス、各種高齢者施設、医療介護研究所など認知症をめぐる輪が広がっている。

さらに、入院や外来患者さんの中には認知症を合併しておられる方が多くなった。また、認知症の人がしばしば合併する急性期疾患に対する、急性期病院の役割も重要である<sup>2)</sup>。したがって、認知症への対応は多くの医師に求められる課題である。

一方、世界的規模で認知症の有病率を将来予想すると、今後アジア諸国やアフリカ諸国で著しく増加すると考えられている(図)<sup>3)</sup>。すなわち、アメリカやイギリスではすでに、危険因子への対応によって、認知症の発症率は低下しはじめています。これに反して、日本を含めて、アジア諸国

では認知症の発症率が増加する傾向にある。そのため、認知症の問題をグローバルの規模で考えることが必要になり、国際アルツハイマー病協会国際会議が開催されている。

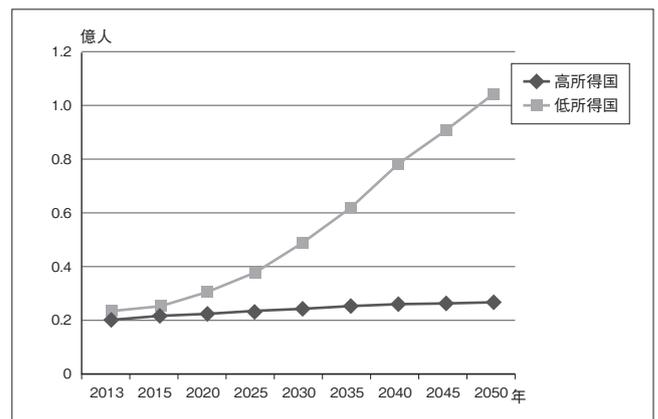


図 認知症の人はこれから低所得国で増加する(文献3による)

その中で、日本の立場は変化してきている。2004年以前は、わが国での認知症に対する関心が比較的薄く、北欧やイギリスに学ぶことが多かった。しかし、洛和会でもみられるように、2000年に介護保険制度が施行されて以来、認知症

への対応が多方面から進められてきた。2017年の会議では日本からの発信が期待されている。

そのような会の開催を突然依頼され、私が組織委員長に指名された。2004年の経験があるためという理由からであるが、2017年の会議とは大きな違いがあり、大変苦労している。詳しいことは後ほど述べるが、この会を契機として、わが国の認知症についての医療やケアが良くなると同時に、諸外国でも認知症への対応の発展することが望まれる。皆様方のご参加、ご協力を心よりお待ちしております。

### 【国際アルツハイマー病協会とは】

国際アルツハイマー病協会(Alzheimer's Disease International: ADI)は104の国・地域における認知症の人に対応している組織よりなっている。日本では公益社団法人・認知症の人と家族の会(Alzheimer's Association Japan: AAJ)がわが国唯一のADIのメンバーになっている。そのため、ADIの国際会議が日本で行われる場合はAAJすなわち、(公社)認知症の人と家族の会が主体となってこの会議を運営することになる。

ADIの国際会議は毎年、世界各国で開催されており、2015年はオーストラリアのパースで、2016年はハンガリーのブダペストで行われ、2017年が日本の京都というわけである。2018年はアメリカのワシントンで開催される予定である。毎年、各国回り持ちだが、2000年以後、同じ国で行われるのは日本のみで、同じ都市で行われるのも初めてである。

ADIの本部はロンドンにあり、現在の議長はオーストラリアのグレン・リース(Glenn Rees)氏である。また、ADIの実際の運営をさせていただいているのはオランダのマーク・ウォートマン(Marc Wortmann)氏である。全世界を対象にしたADI 2017のような会議以外にヨーロッパ、ラテン・アメリカのような地区の集まりがあり、日本はアジア・オセアニア地区に属している。

従来、ADI国際会議は当番国が独自の組織委員会やプログラム委員会を作って運営していたが、各国の財務状況を考えてロンドンが財政面でも、プログラムの面でも面倒をみることにした。私は、これ幸いと思って、ロンドンに下駄を預けるつもりでいたが、それでは虫が納まらない日本人も多く、話が複雑になってきた。

2004年の時には、結構気楽にできたことが、面倒くさくなって困っている。その一つの理由はわが国で認知症に関わる人の数が増えて、「我こそは」という気概に満ちた方が多く、とても洛和会の方々にまで、2004年の時のような仕事をお願いできる雰囲気ではなくなった。誠に結構なことではあるが、多くの方のご意見をまとめるのには骨が折れる。

しかし、ADI 2017をすることによって、日本の中で絆を作る可能性も出てきた。いままで、ばらばらに活動していた「全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会」、「男性介護者と支援者の全国ネットワーク」、「日本認知症ワーキンググループ」、「レビー小体型認知症サポートネットワーク(東京)」、「認知症の人と家族の会」の5団体がADI 2017を機に集まって、共同のワークショップをすることになった。

さらに、京都府や厚生労働省もADI 2017に向けて、認知症への働きかけを増す方向が示された。2016年10月には認知症サミット in Mieがポスト伊勢志摩サミット関連事業として開かれた。今後の認知症に対する政策や対応の仕方がさらに発展することが望まれる。次に、ADI 2017の中心になる予定の話題について触れたい。

### 【目線のおきかた】

誰のために医療や介護をするのかという問題は新しいものではない。古くは伝染病の伝播を防ぐため、病気に罹患した患者さんを家に閉じ込め、火をつけて焼き払ったという話が書き遺されている。レプラ患者さんを瀬戸内海の島に隔離していたのもそれほど遠い昔ではない。

最近では、患者さんの意思を尊重した医療が進められるようになってきている。昔、よく言われていた「先生にお任せします」といったパターナリズムは影を潜めてきた。認知症の人の場合も、本人の目線一とくに、病初期には一を大切にしようになった。これを、パーソンセンタードケアという。

#### ①パーソンセンタードケア (person centered care)

認知症の人のもそれぞれの経歴、病状、希望を持っていて<sup>4)</sup>、十把一絡げに論じることはできない。予防、治療、介護を進めるには、医療や介護側でメニューを決める(テーラーメイド)のではなく、その人に適した特異的な(オーダーメイド)メニューを提供することが望まれる。

パーソンセンタードケアはイギリスの理学療法士故トム・キットウッド (Tom Kitwood) 教授によって提唱された認知症の人の介護の方法である。この方法はわが国でも、よく用いられ、認知症ケアマッピングにより評価されている (表1)<sup>5)</sup>。ADI 2017でもスコットランドのデューイング教授によりアドバンス・ケア・プランニングという演題で、この方法についての基調講演が行われる。

アドバンス・ケア・プランニングは意思決定能力が低下する場合に備えて、どのような対応をするかという計画である。そのためには、認知症の人の価値を確認して、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にするためのケアである。アドバンスディレクティブ (事前指示) の文書を作成するだけでなく、治療を受けながら、意思決定能力がなくなった場合でも、自分の書き遺した意思が尊重され、医療スタッフや家族が、自分にとって最善の医療を選択してくれるだろうと患者が思えるようなケアを提供する方法である。

京都でも同様の試みが行われている。京都式オレンジプランというのが京都府では現在進行中である。このオレンジプランの効果を調べるために、認知症の人の目から見た10項目にわたる評価事項が挙げられている (表2)。このよ

うな認知症の人から見た目線が大切にされるようになった。

## ②認知症の人が語る

オーストラリアのクリスティーン・ブライデンさんという認知症の女性が自分の病気について告白し、自分の意見を述べはじめた。日本でも2004年の第20回国際アルツハイマー病協会国際会議で、越智俊一さんが自分の経験を話された<sup>1)6)</sup>。越智さんは47歳頃から物忘れが始まり、50歳で仕事が難しくなり、退職された。「どうして、このようになったのか」と悩み、一番辛い、苦しい日々が続いた。そのうち、医師に「物忘れの病気だ」といわれて、病気ならば仕方がないと、かえってホッとしたと告白された。

現在でも、このような認知症の人が自分の気持ちを語る機会が多くなってきている。ADI 2017でも、各国の認知症の人が数名、自分の心のうちを述べる予定である。もちろん、その中には日本人も含まれている。

## ③本人にとっても早期診断は必要

前述のアドバンス・ケア・プランニングでも述べたが、本人の病早期に告知して、不安を取り除き、その時期から後の生活を設計させるように指導することが大切である。

表1 認知症ケアマッピングによる評価基準

よい状況	悪い状況
1. 自分の意見をはっきり述べる	1. 相手にされない悲しさや寂しさがある
2. 身体的にくつろいでいる	2. 身体的な不快さ、痛みや緊張がある
3. 自尊心をみせる	3. 無気力や引きこもりがある
4. 他人を援助する	4. 興奮する
5. ユーモアがある	5. 退屈する
6. 社会的関わりを持つ	6. 不安や絶望がある
7. 感情の表現をする	7. 絶え間なく怒る
8. 愛着を示す	

文献5を参考

表2 10のアイ (I) メッセージ (京都式オレンジプラン)

1. 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。
2. 私は、症状が軽いうちに診断を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。
3. 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。
4. 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。
5. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんですごしている。
6. 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずにすごしている。
7. 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に到るまで意思や好みを尊重されてすごしている。
8. 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近になんでも相談できる人がいて、安心できる居場所をもってすごしている。
9. 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加し、すごしている。
10. 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。

また、周囲の人も経過を追いながら、ケアを続けることが可能になる。それにより、認知症のケアに対する自信も生まれる。不必要に動揺するとか、将来についての不安や心配が少なくなる。

認知症の介護者にとっても、病初期から経過を追うことによって、医療者・介護体験者より、認知症の経過に関する知識を学ぶことができる。それにより、過度の不安や恐怖を取り除き、介護への自信を得ることが可能になる。

さらに最近、認知症への前段階である軽度認知障害（mild cognitive impairment；MCI）に対する治験が始められている。早期にMCIを診断することによって、新しい根本治療の試みに参加することが可能になっている。

## 【ゴールの設定】

認知症の医療やケアのゴールをどう設定するかは、病気の社会的影響のため、他の疾患にも増して重要である。しかし、その人の人生観などにより、様々の考え方がある。そのため、認知症の人などの考えを尊重することに配慮する必要がある。

### 1. 認知症の根本治療

認知症を治してしまおうという試みである。治療可能とされている高血圧症や糖尿病なども、現行の治療により検査値は正常化するが、完治したわけではない。アルツハイマー病については根本的に治療しようという試みが始められている。そのためには、アルツハイマー病をMCIの時期に診断して、神経細胞死による脳萎縮の始まる前に治療を始める臨床試験が進められている。

#### i) アミロイドを介する治療

アルツハイマー病の発症と深く関係するアミロイドを脳より除去して、アルツハイマー病を治療しようという試みである。今まで、アルツハイマー病の人を対象とした治験が行われてきたが、MCIの人にこの治療を試みている。その際、MCIの診断が問題になるため、様々の診断法が用いられている。正確にMCIとするためには、記憶力などの認知機能の低下を詳細に分析する手段が必要になる。その目的で、RBANS (repeatable battery for the assessment of neuropsychological status) という難しいテストによりMCIの人を見付ける。このテストは即時記憶（リスト学習・物

語記憶）、遅延記憶（リスト再生・リスト再認・物語再生・図形再生）、注意力（数唱・符号）、言語能力（絵呼称・意味流暢性）、視空間/構成能力（図形模写・線方向付け）を検査する。

この検査でMCIと疑われた人について、アミロイドPET (positron emission CT) 検査やタウPETを行い、脳内のアミロイドやリン酸化タウの蓄積を調べる。アミロイドが脳内に溜まっている人を対象にして、アミロイド合成 (BACE:  $\beta$ -secretase) 阻害薬あるいは $\beta$ -アミロイド抗体によるアルツハイマー病への進行阻止を目的とした治験が行われている。

#### ii) タウ蛋白を介する治療

タウ蛋白は正常者脳でも、軸索輸送のために必要な物質である。タウ蛋白にリン酸が結合すると、それが重合して、アルツハイマー神経原線維変化となり、神経細胞死が誘発されると考えられている。

神経原線維変化を減らすために、タウのリン酸化阻害、リン酸化タウの脱リン酸化、リン酸化タウの重合阻害、リン酸化タウに対する抗体投与などの試みが始められている。

#### iii) 免疫を介する治療

アルツハイマー病脳では通常では存在しない、アミロイドやリン酸化タウのような物質が出現する。これらの物質はヒトにとって異物であるため、それらを取り除こうとする免疫反応が脳で起こる。

とくに、ミクログリアという神経膠細胞が活性化された形になり、それが神経細胞死の引き金になるという考えがある。そのため、ミクログリアを活性化させないような治療法も検討されている。

### 2. 認知症の人が豊かな生活を送れるように

認知症の人が暮らしやすい社会を作ることも大切である。最近、「認知症にやさしい地域」(Dementia Friendly Communities) と呼ばれる地域造りが進められている。ADI 2017では第3日目に各国よりの報告がされる予定である。

今日の日本では、かかりつけ医と地域包括支援センターの協働体制が必要である。とくに、認知症の人の行動・心理症状が激しくなり、家族の手に負えないようになった場合や肺炎など急性の疾患を合併した場合などには緊急入院の必要がある<sup>2)</sup>。認知症の人の急性期に対する治療も必要に

なる。

しかし、大変な認知症の人がいるのではなく、大変な時期があると考えべきである<sup>6)</sup>。このような大変な時期は思ったより短く、入院期間をできるだけ短くして、在宅で経過を追うようにした方がよい。

### 3. 最期をどう迎えるか

余命は高齢になると短くなり、日本人の平均余命は70歳で男性15年、女性20年、90歳で男性4年、女性6年となる。認知症の人は誤嚥性肺炎などの合併症が多く、平均余命は一般の人より短くなる。平均余命の喪失度とは認知症の発症から死亡までの期間/一般の平均余命で表す。調査によりバラツキが大きいが、20~60%であり、近年減少する傾向にあるという<sup>7)</sup>。

日本人が死亡する場所は1951年には80%以上が自宅であったのに、2009年には10%余りになり、80%以上が病院で亡くなっている。一方、アメリカでは施設で亡くなる認知症の人が多数を占め、緩和ケアを受けている人が多い<sup>8)</sup>。

生にも普遍性と特殊性があるが、死にも特殊性がある<sup>4)</sup>。認知症の人でも、自分の人生の終わり方を選ぶ自己決定権がある。前に述べたアドバンス・ケア・プランニングもその一つで、病初期の本人の意思を尊重するケアが望まれる。

洛和会の病院でもDNR (Do not resuscitate: 蘇生措置拒否) がカルテにも記載されている。これは心肺蘇生拒否のことであるが、人工呼吸装置装着拒否、気管切開拒否、中心静脈栄養拒否や胃瘻 (経皮内視鏡的胃瘻増設術) 拒否にまで範囲が広がる可能性もある。

#### 【協力の仕方】

ADI 2017で最も大きな議論の的になるのが、認知症ケアの協力の仕方であろう。人口の高齢化により認知症の人が増え、多数の人が介護するようになった。介護に関わる人も多岐にわたり、その人たちが協力せざるを得なくなった。

医師についても、多くの専門分野で認知症の人を診療するようになり、かかりつけ医と専門医の連携が必須になってきた。さらに、医療だけでは限界があり、介護や福祉とも協力する場面が増えてきた。その場合、認知症の人やその家族を中心に、お互いの立場を尊重することが大切になっている。

現在、認知症に対する医療や看護に加えて、地域資源や介護・福祉・住まいの面からのアプローチが進められている。一方、認知症が軽度から重度になるにつれて、利用されるサービスが変わってくる。例えば、認知症カフェなどは軽度の認知症の人が利用すべき場所である。一方、介護老人保健施設 (特別養護老人ホーム: 特養) やアメリカで多く利用されている緩和ケア施設などは中等度~高度の認知症の人が利用する。

それらの施設や医療機関は、在宅で介護することを目指して、お互いが連携するためのケアパスを作ることが望まれる。その中で、在宅で介護するとなると、認知症の人と家族の会などがさらに利用されることが期待される。ことに、認知症の初期から、家族の会と連携して、介護をときれなく継続することが大切になるであろう。

#### 【認知症の経済学】

前にも述べたが、今後認知症の人は低所得国で増加する傾向にある (図)。そのため、認知症診療やケアにかかる費用が各国経済にとって大きな負担になることが予想される。したがって、認知症ケアに関する経済的側面は世界的規模で考えて行く必要がある。

介護保険制度が利用できるまでは、認知症のケアは家族の労力によって、何とか支えられていた。プロの介護士によらない、家族などによるケアをインフォーマルケアという。もし、家族が介護をしないで職業に就いていたら、どれくらいの収入が得られるかを試算することができる。

そのようにして計算すると、認知症の人を自宅療養した場合の平均月額が試算できる。病院に入院した場合、特養に入所した場合、グループホームで生活した場合などを比較することができる。そのような方法を用いて、将来の認知症ケアの政策が練られるであろう。

#### 【これからの方向性】

認知症は病気であるから、治療するための薬物の開発を進めることが最も大切である。残念ながら、2011年にガラタミン、メマンチン、リバスチグミンが発売されて以来、新薬の開発は成功していない。しかし、現在でも多くの試みがなされている。認知症の人本人も、新薬の開発を切実に望んでいる。

最近、高血圧や糖尿病などが認知症の危険因子であることが明らかになり、危険因子を取り除くことによって、認知症の予防が図られている。アメリカやイギリスでは年齢補正したアルツハイマー病の発症率が低下しており、その理由として認知症の予防を挙げている。ただ、危険因子の除去により、認知症が根絶できるわけではない。

認知症にやさしい地域をどうして作って行くかがこれからのわが国に課せられた重要な課題であると思われる。一つは政策として立案することも大切である。ただ、政策だけで済む問題でもない。確かに、新オレンジプランが作られ、京都でも京都市オレンジプランが作成されている。

それらが認知症の人にどのように映るかという、10のアイ(I)メッセージ(表2)によって評価されてはじめて、生かされるわけである。外国でも、認知症戦略として、いくつもの試みがなされているが、利用者側の評価によって、新たな課題が提起されている。

これからの方向性としては、認知症の人に対する医療と介護が連携して行われることが必須である。その連携をスムーズに行うためには、表3に示されたことがコツになるのではないかと考えられる。

表3 認知症医療と介護の連携のコツ

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 早期より認知症の人にアクセスする。</li> <li>2. 本人中心のケアをする。</li> <li>3. 医療や介護をする人がゆとりを持つ。</li> <li>4. 医療や介護をする人がガンバリすぎず、他職種の人を信頼する。</li> </ol>
--

#### 【おわりに】

2017年4月26日から開かれる第32回国際アルツハイマー病会議(ADI 2017)は大勢の人が参加して、上に述べたような課題について討論が繰り広げられる。ただ、その目線は認知症の本人からのものに設定されている。

本人が最も強く望んでいることは「病気が治り、再び仕事ができる」ことである。そのためには、認知症治療薬が開発されることであるが、それほど容易にできるわけではない。したがって、認知症の人の希望に沿った生活を送ら

せるような配慮が必要である。

本人の意思をかなえるためには、認知症早期に本人の話聞いて、アドバンス・ケア・プランニングのようなケアの仕方が求められる。その方針に従って、医療や介護が協力しながら、医療・介護の従事者は自分一人で抱え込まないように努めることが大切である。

ただ、認知症の人の増加に伴って、経済的負担が厳しくなることは避けられない。それに対応するためには、地域ぐるみの取り組み、すなわち「認知症にやさしい地域」などを実現してゆくことが望まれる。これらの課題について、認知症の本人、介護・医療に携わる人たち、行政の人など、国際的レベルで将来に向けて検討される予定である。

#### 【参考文献】

- 1) 中村重信 他：国際アルツハイマー病協会 第20回国際会議. 洛和会病院医学雑誌 16：89-95, 2005
- 2) 中村重信、寺田 博：急性期病院における認知症の人の医療. 洛和会病院医学雑誌 25：7-13, 2014
- 3) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015：The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.
- 4) 中村重信：普遍的な生・特異的な生 ～新しい医師・患者関係の確立を目指して～. 洛和会病院医学雑誌 14：67-69, 2003
- 5) Kitwood T：Dementia Reconsidered：the Person Comes First. Open University Press (Buckingham). 1997
- 6) 中村重信：私たちは認知症にどう立ち向かっていけばよいのだろうか. 南山堂(東京). 2013
- 7) Brodaty H, et al：Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. Int Psychogeriatr. 24：1034-1045, 2012
- 8) Teno JM et al：Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries. Site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. JAMA 309：470-477, 2013