

認知症の今後について

メモリークリニックお茶の水院長 朝田 隆氏

【司会】ただいまより、午後の部後半の特別講演を始めさせていただきます。本日は、メモリークリニックお茶の水院長、朝田隆様をお招きしております。

ご講演に先立ちまして、朝田先生のプロフィールを簡単にご紹介させていただきます。朝田先生は、1982年に東京医科歯科大学をご卒業され、国立神経センター武蔵野病院や筑波大学教授を経て、2015年4月にメモリークリニックお茶の水を開業されました。朝田先生は認知症予防・治療の第一人者と呼ばれており、40年以上にわたり、アルツハイマー病を中心に、認知症疾患の基礎と臨床に携わっていらっしゃいます。また、『ウルトラ図解認知症』や『ボケない暮らし30カ条』など、一般の人にも分かりやすい著書を多く執筆されております。本日は、「認知症の今後について」というテーマでご講演をいただきます。

それでは、朝田先生にご登壇いただきます。拍手でお迎えください。

認知症の今後について

メモリークリニックお茶の水 院長
朝田 隆氏

【朝田】ただいまご紹介にあずかりました、朝田でございます。皆さん、今日は一日お疲れのところ、最後のセッションだそうですが、それでも、「認知症の今後について」ということでお話を申し上げます。どうぞよろしく申し上げます。

2013年(平成25年)
6月1日
土曜日

朝日新聞

朝日新聞東京本社
本日の購読部一環社刊
〒100-8111東京都千代田区西3-2 電話03-5545-0121 www.asahi.com

認知症高齢者462万人

厚生労働省調査 予備群は400万人

65歳以上の高齢者の認知症の人は推計462万人の勢だが、厚生労働省が代議士や自治体の関係者を対象とした調査で、予備群が約400万人に達していることが明らかになった。

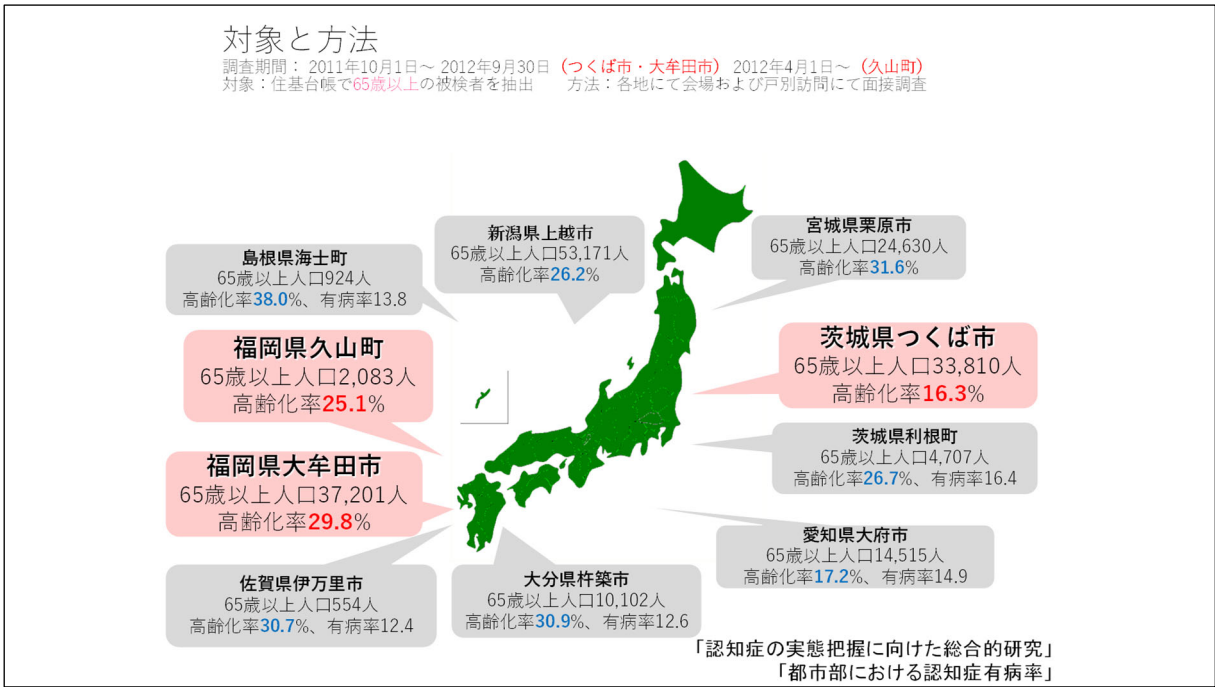
調査は、09年12年度厚生労働省の調査で、認知症の患者は、100万人を突破したと推計された。この調査は、認知症の患者は、100万人を突破したと推計された。この調査は、認知症の患者は、100万人を突破したと推計された。

もの忘れ
認知機能が低下は加齢に伴うレベルで、基本的に健康な状態。忘れたことの自覚もある。ものや人の名前が出てこなかったり、食事のメニューを忘れたりする状態

軽度認知障害
認知機能が年齢相応のレベルより低下しているが、日常生活は基本的な正常に送れる状態。金銭や服薬の管理ができなくなり始める

認知症
社会生活に支障があるレベルで認知機能が低下した状態。でことすべてを忘れ、忘れたことの自覚もない。食事をしたことが自分を覚えていない

まず、これは2013年の新聞ですが、認知症の患者さんが462万人、予備軍が400万人という数字が出ました。



私はこの時、厚生労働省の研究班の班長で、全国10か所の調査をさせていただきまして、このような数値を出しています。近々700万人という予想もあるのですが、このとき以来、全国調査は行われていません。実際にやってみるとよく分かるのですが、最初は地元の期待が大きくて「やれ、やれ」と言うのですが、実際に始めると、認知症は個人情報のものであるということで、必ず反対派が起こってきて、途中で倒れてしまうという繰り返しです。代議士は「うちの地元でやってくれ」とおっしゃるのですが、実際にやり始めると「とんでもない」ということがありまして、今でも実数を計ったのはこれだけです。ここ

から、高齢化の人口ピラミッドや人口構成がどのようになっているかを見ながら、「今に直すところだ」ということでやってきたという状況です。

日本の認知症の疫学

平成24年の段階で

認知症462万人、予備軍400万人とされた。

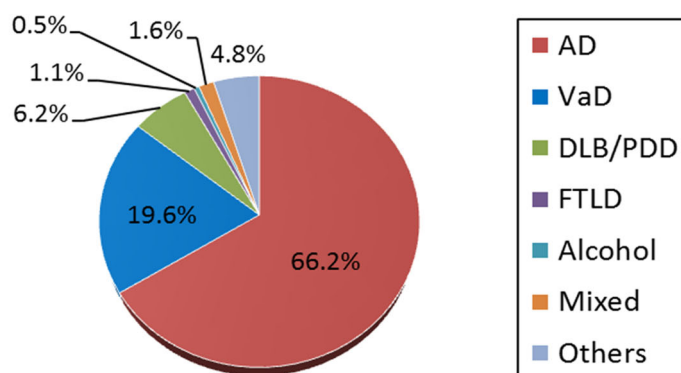
65歳以上人口の25%程度が知的に何らかの問題

令和5年現在

認知症650万人以上、予備軍600万人以上と予想

→ わが国の65歳以上の高齢者人口のうち30%
が問題を抱える（約30%）

今言いましたように、平成24年で認知症462万人、予備軍400万人。いずれにしても、当時で65歳以上の方の4人に1人が、何らかの問題があった。令和5年ですと、恐らく認知症650万人、予備軍600万人ということで、65歳以上の30%の人が何がしかの問題がある。これは、認知症になりやすくなったわけではなくて、人口構成の中で高齢者の人口がどんどん増えて、若者が減っているから、その中の割合でいくと、どんどん増えていくという意味でございます。

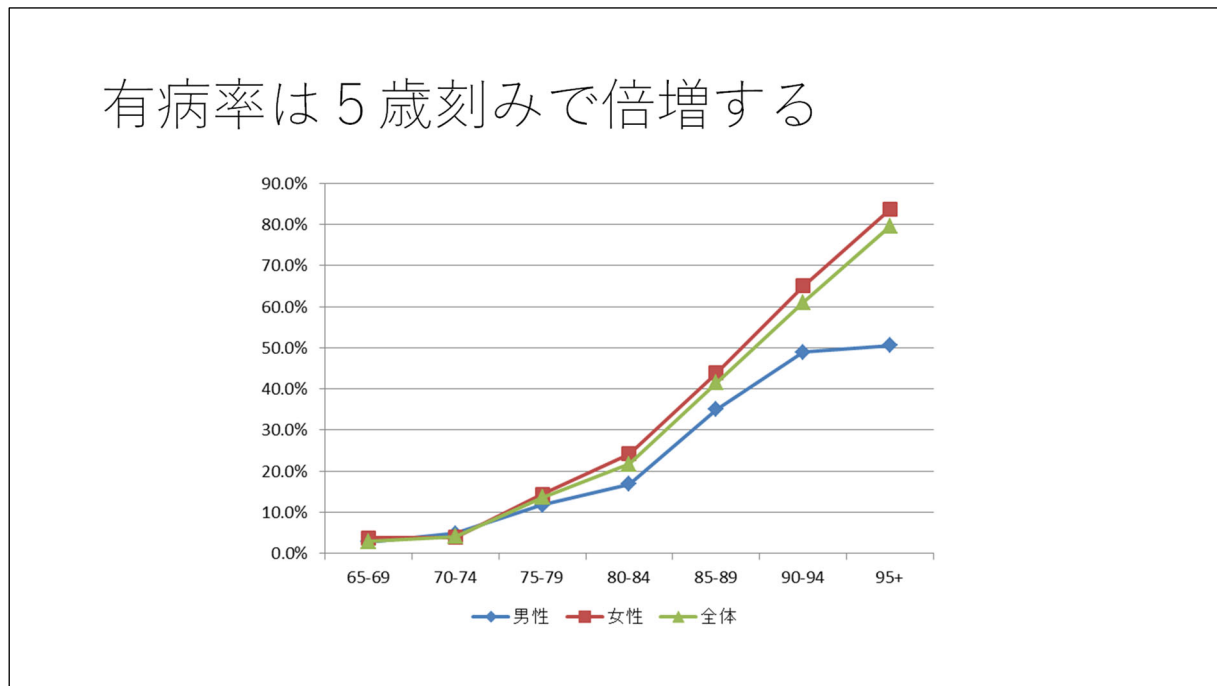


平成24年調査における認知症の基礎疾患

(Phase III completed cases: N=373をもとに算出)

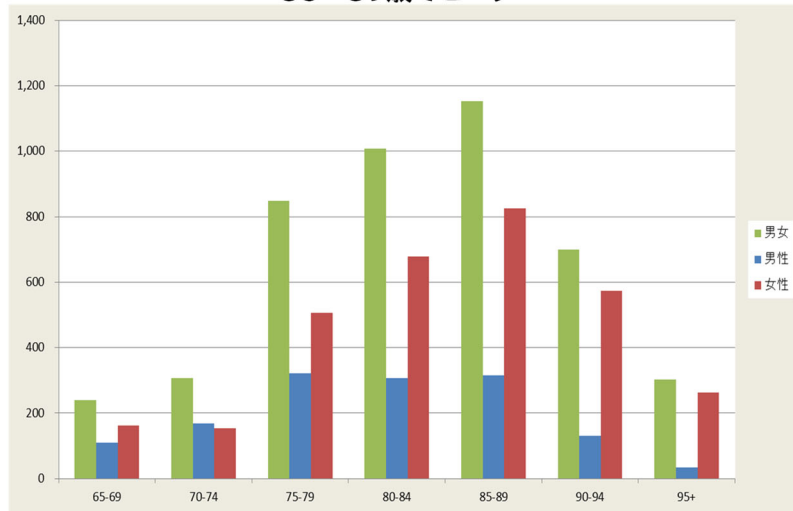
私がよく受ける質問で、「アルツハイマー病と認知症って同じことでしょうか」というものがありますが、違

います。認知症は、所謂ぼけた状態という意味でして、70 幾つ原因があるといわれています。そのうち最多のものがアルツハイマー病で、赤い所で示すように66%ですから、3分の2がアルツハイマー病です。その他に、レビー小体や脳血管性、前頭側頭型というものがあるが、われわれはよく「4大認知症」と言いますが、これで90%を超えます。いずれにしても、3分の2を占めるのはアルツハイマー病ですので、アルツハイマー病=認知症という質問が出てもおかしくはないわけです。



世界中どこでもそうなのですが、認知症は不思議な病気として、60歳以降、5歳年齢が上がるごとに危険性は倍になっていきます。60歳だと100人に1人、65歳で100人に2人、70歳で4人と増えていきまして、94歳を超えると90%近い。ちなみに、余計な話ですが、若年性認知症という若くしてなる認知症の調査もしたことがあります。これは4万人から5万人ぐらいなのですが、70歳まで定年が延長になったとしたら、働きながら認知症になる人はごくありふれ、20人に1人ぐらいいるという状態になってくるので、実は由々しい問題だと思っています。いずれにしても、高齢者の場合には、このようなものだということになります。

認知症患者数 85-89歳でピーク



もう一つは、5歳ごとに倍々になることが分かったのだけれども、実際にどの年齢層に患者さんが多いかというと、85歳から90歳のところに多いです。青いバーが男性で、赤いバーが女性です。男性の場合は75歳になるとピークになって、ここからは横ばいになり、その後下がっていきます。ところが、女性はこの辺りからぐいぐい上がって行って、85歳から89歳でピークを作ります。従って、ここのピークは女性が作っているわけですね。90歳や95歳を見てください。男性はほとんどおりません。女性ばかりです。これは、女性の方がアルツハイマー病になりやすいのかということ、全く違います。この当時に平均寿命が7歳違うので、7歳違うと人数で言うと大体3倍違います。ですから、簡単に言うと男は死に絶えてしまっているので、認知症になりようがない。長生きの女性だけが認知症になるということで、なりやすさに性別があるわけではありません。

人数からみる日本の認知症患者

- 一 全患者の8割弱は、80歳以上。そのまた8割は女性。
- 一 より高齢になって発症する認知症は
 - ・遺伝の影響が少ない
 - ・これまでの生活の総決算という面が強くなる
 - ・それだけに**予防の効果が期待できる**

それ以外に認知症をまとめますと、現実的には私はこれが一番大事だと思っているのだけれども、日本の認知症の8割弱は、80歳以上です。そのまた8割は女性ですから、64%は80歳以上の女性です。つまり、認知症問題と言うけれども、高齢の女性問題であると言っても、うそではないわけですね。なぜ高齢に注目するかと申しますと、がんも一緒なのですが、高齢になって発病する病気は、どれも遺伝性の影響は少ないのです。むしろ食べ物や運動など、ライフスタイル、生活の総決算というものが強くなってまいります。テレビなどでよくやっている認知症予防が効果を示すとしたら、「80歳を超えてからぼけないために」とご理解いただければと思います。

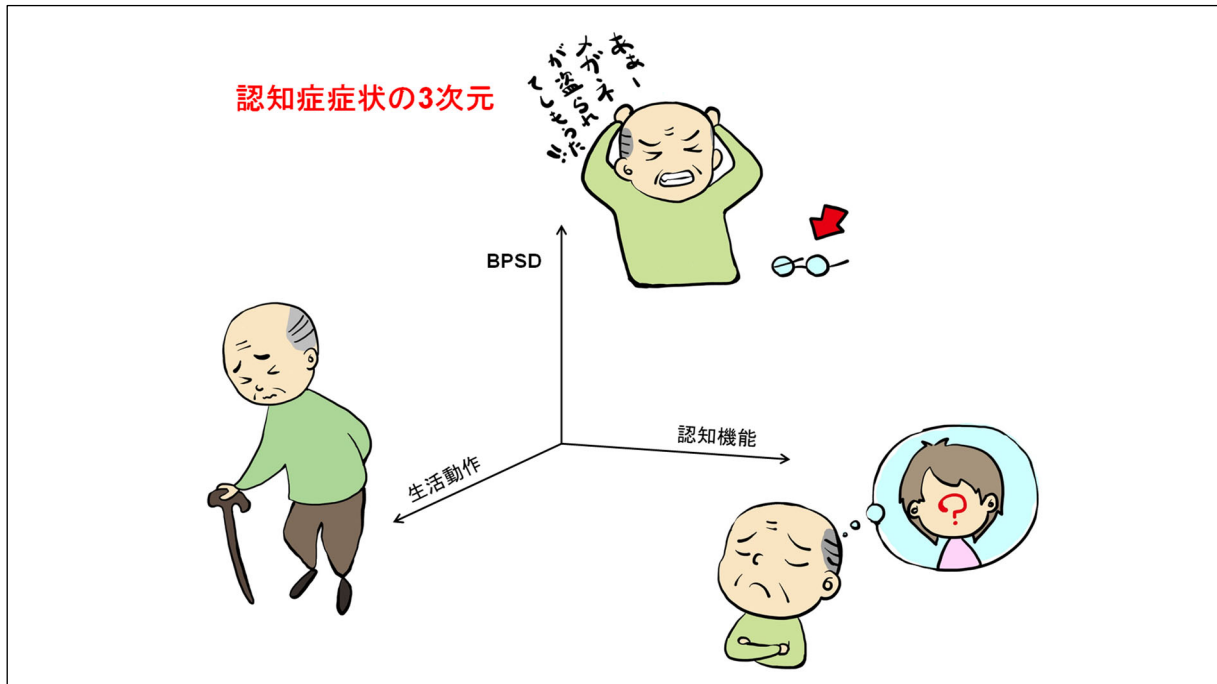
高齢者人口：今後の予想

今から2050年頃までを考えると

- ・高齢者人口はプラトーから低下に推移：団塊の世代の影響
- ・認知症者は減らない：平均寿命のさらなる伸びで

さて、今後の予想ですけれども、2050年くらいまでは、高齢者人口は今から増えるわけではない。プラト

一に達してから下がっていくといわれます。すなわち、団塊の世代の方々のエイジングです。しかし、認知症の数は減らないのではないかとわれています。なぜかという、じわじわと平均寿命が伸びている。女性の平均寿命は88歳ぐらいですが、実際には2人に1人の女性が90歳まで生きています。そうすると、先ほど言ったように、70%から80%という高い率で認知症になるわけですね。そのような最長の世代の人口が増えるということは、相対の数が減ったとしても、認知症の数としては増える可能性が高いといわれています。



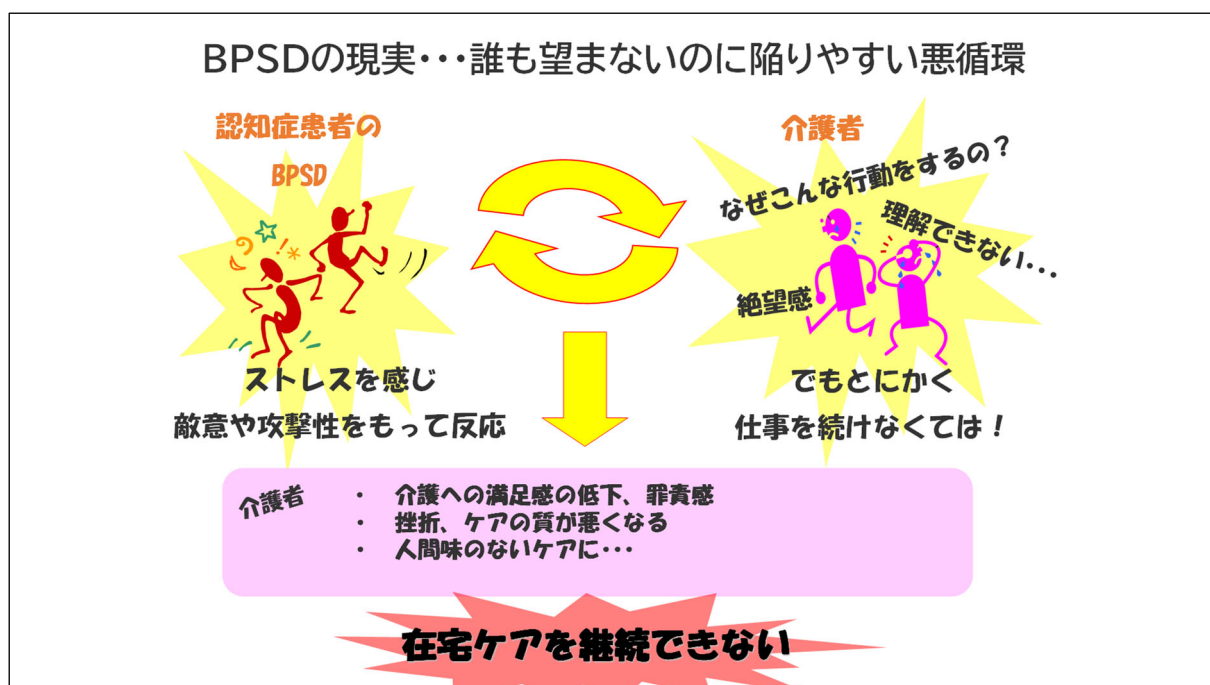
さて、認知症といっても、ご家族におられたら「こんな病気だ」ということがお分かりだと思えるのだけれども、実際にはなかなかご存じない人も多いです。物の本を読むといろいろなことが書いてあって、訳が分からなくなってしまうのですが、これは、私が医学部の4年生に教えていた簡単な一コマ漫画です。認知機能で、「この人は誰だっけ」と、見ても分からないということがございます。もう一つは、眼鏡を自分でどこかへ隠しておいて、「取られてしまった」と、いわゆる被害妄想を募らせる。これがBPSD、いわゆる問題行動です。さらに、このおじいさんは杖を突いていますけれども、服の着方が分からない、トイレの便座の使い方が分からないなどの生活障害。このようなものが出てきて、三つの軸で認知症の症状は分けられると思います。

認知症の症状

認知機能 ADL(生活障害)とBPSD

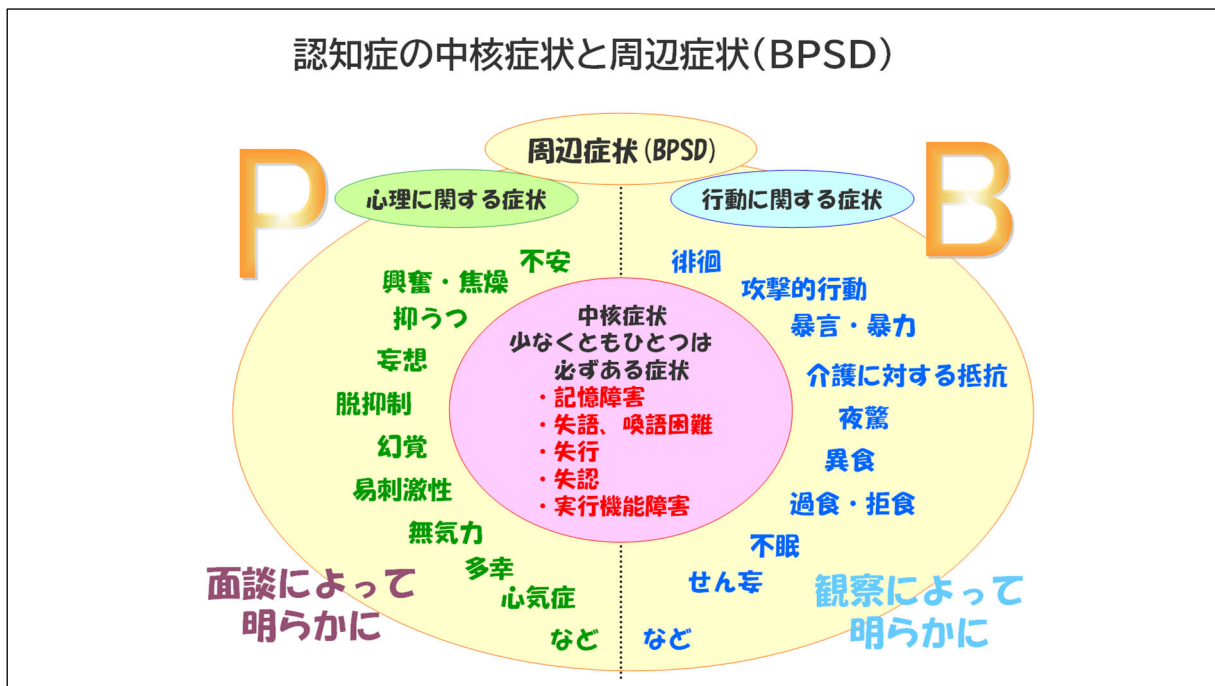
認知症とはこれらゆえに**自立生活ができないこと**
(テスト点数や海馬萎縮でない)

大切なことは、このような症状があるために、生活の自立ができなくなる。これが認知症の定義なのです。いわゆる文学的な定義なのだけれども、自立生活ができないことが認知症の定義です。「長谷川式テストで何点だから、ぼけている」、「海馬が萎縮しているらしい」というようなことをよく言うのですけれども、あれはあくまで診断の補助にすぎません。身体のせいではなくて、知能の障害のゆえに自立生活ができないということが定義です。



さて、BPSDというものがございまして、いわゆる徘徊や暴言・暴力、昼夜逆転、不潔行為など、このようなものが一番ご家族にとっては大変です。「何でこんなことをするんだ。おまえら、人をいじめやがって」というようなことになって、いわゆる知能指数は高くても、このような問題が活発な方では、家族が在宅ケ

アできなくなります。認知症は、この40～50年、医学の分野では大きなテーマになっているのですが、なぜ在宅介護が破綻するのかという研究は、ずっと続けられています。洋の東西を問わず。知能が低いからか、自分で食べる、お風呂に入るといったことができないからか、それとも、ずっと問題行動があること。つまり、知能指数が高かろうと関係ない。とにかく悪い行動があると、家族としては「これ以上、面倒見切れません」ということになってしまう。これは、世界中どこの国でも同じ結論です。当然、国としては在宅を続けてほしい。施設に入ってほしくない。しかし、なぜ家にいられなくなるのか。その原因がこれだから、逆に言うと、認知症医療のターゲットをここに持ってきて、穏やかに過ごしてほしいということになるわけです。



BPSDは、Bはビヘイビア、行動ですね。Pはサイコロジカル、心理ということで、いろいろなものがあるのですが、昨今では、新聞などでもBPSDという小見出しが出ます。

例えばこんなこと

◆父親の認知症の介護を始めて半年になりますが、時々夜中に起きてみると、父親が排泄物を壁に塗っているのを目撃してしまい、気が動転してしまいます。このような時にはどのように対応するのが良いのでしょうか。

例えば、父親が認知症で、介護を始めて半年。時々夜中に起きると、お父さんが排泄物を壁に塗っている。「私はそれを見て、気が動転してしまう。どうしたらいいか」という問いがあります。



一番いいと思って編み出しているものが、これです。まず深呼吸でもして、自分が動転しない。それから、お父さんが「悪い、悪い。俺も手伝うよ」と汚い手で近寄ってくるから、「お父さんは来ないで。ジュースでも飲んで」と言って、その場から離す。そのうえで、洗濯できるものとできないものに分ける。ラバーのシーツは、一旦便臭がつくと取れないのだそうです。布であれば洗濯機で取れるのだけれども、そのようにして分けると言っています。そのためには、使い捨ての手袋やバケツ、アルコール綿などを常に用意しておいて、事があれば、それをすぐに取りに行くということをおられたのですが、まさに備えあれば憂い

なしというところがございます。

認知症の生活障害とは

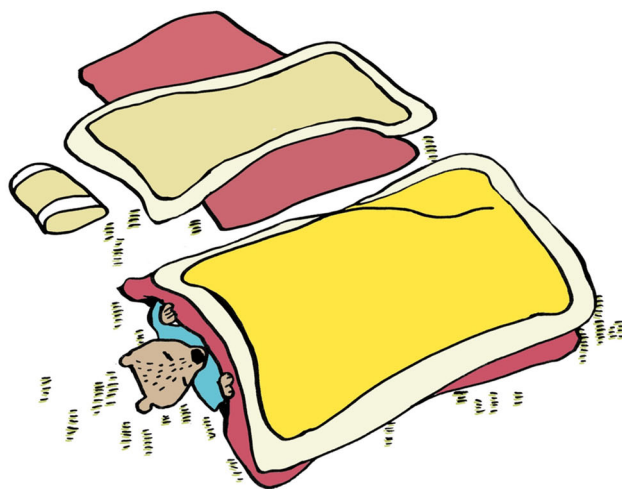
着方・脱ぎ方がわからなくなる



もう一つ、家族が一番困ったことは、生活障害だと思います。

例えば、「着衣失行」と専門用語では言いますが、ズボンをかぶる、背広の上にシャツをもう一度着るなど、このようなことが起こってまいります。

布団をきちんと敷けない 寝る方向がわからない

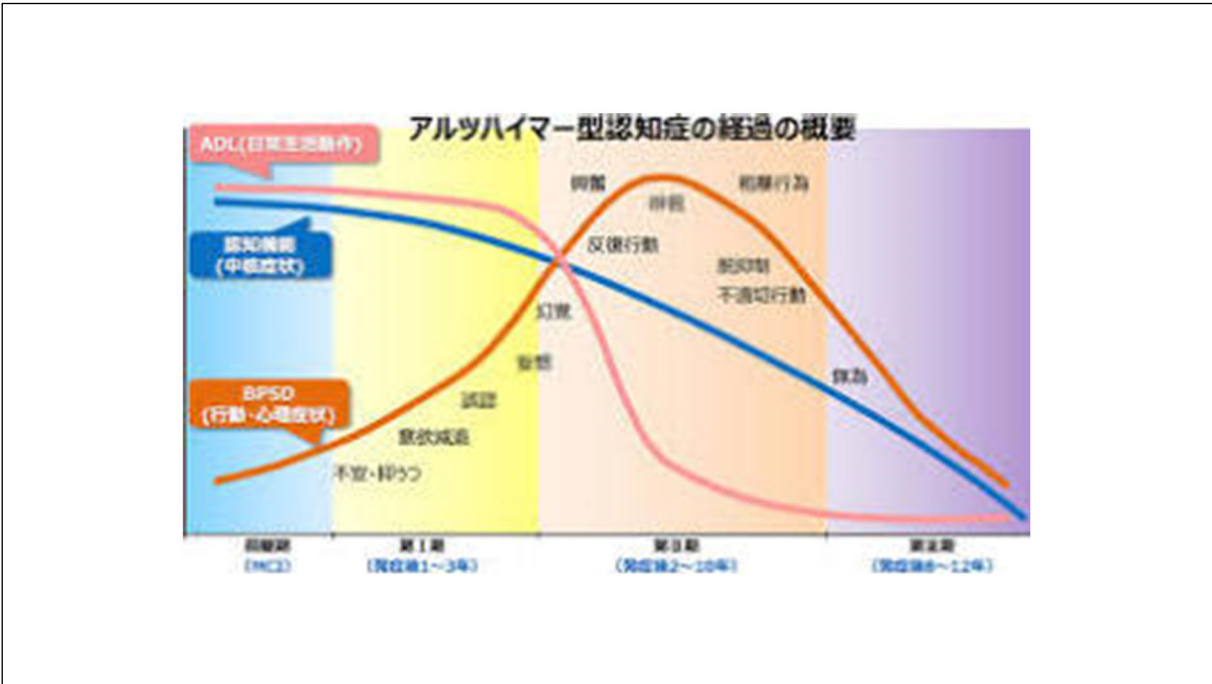


あるいは布団を敷いたとしても、このようにプラスの方向に敷いてしまって、それでは意味がないという
ようなことが起こってまいります。

便座と自分の位置関係がわからない



さらに、これも非常によくあって、お父さんがトイレに行くと、なぜか大便がその辺に落ちている。よく
見てみたら、このような感じで便座が使えなくなっている。昔の日本のせっちん（和式トイレ）のような感
じでないと、できないということも出てきます。これが積み積みすると、ご家族はうんざりしてまいります。



少し分かりにくい絵で申し訳ないのですが、知能は、経過とともに悪くなっていく。それから、ADL、要するに日常生活動作も悪くなるのだけれども、今言った生活障害や問題行動は、病気の中期が一番悪くなるのです。つまり、中途半端に頭が悪い。体も中途半端に悪くなった。しかし、普通に動くことはできる。そのような頃に、ご家族にとっては一番つらい時期を迎えるということが常でございます。

1 MCIの病態と疫学

MCIがなぜ注目されるか？

早期発見・早期対応のターゲットだから

さて、軽度認知障害つまり認知症の予備軍のことを、MCIと呼ぶのだと思ってください。

なぜ今、MCIが注目されるかといいますと、「レカネマブ」という薬が恐らく年末から使えるようになるはずなのですが、早期発見・早期治療をすれば治る。そのためには、MCIでゲットして、そこでタイムリーに対応しなければいけない。それがMCIの重要性の元です。

軽度認知障害と認知症は違う！

- 軽度認知障害MCIは認知症の前状態（前駆状態）
- 「軽度の認知症」ではない！

これもまたよくある質問ですが、「軽度認知障害と軽度の認知症は同じでしょう」と聞かれますが、違います。軽度認知障害は前状態・前駆状態で、予備軍です。決して軽度の認知症ではない。ここを間違えるといけません。しっかり覚えておいてください。

軽度認知障害と認知症の違い

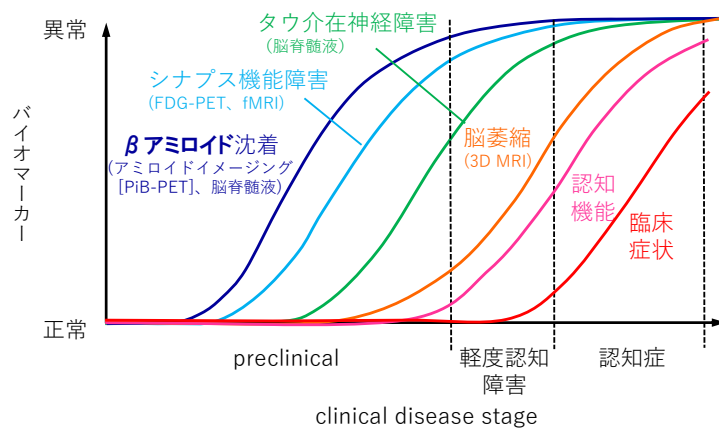
認知症の定義は、認知機能障害のため日常生活が自立してない

軽度認知障害は日常生活の自立を妨げるほどではない

定義上の相違ですけれども、認知症の定義は、先ほど言ったように、認知機能の障害があるから日常生活が自立できない。逆に軽度認知障害は、多少努力すれば日常生活は何とかなるのです。そのような、定義の上では分け方があります。

アルツハイマー病の進行過程

β アミロイド沈着→タウ介在神経障害→認知機能障害→臨床症状発現



25

Jack CR Jr, et al. Lancet Neurol. 2010;9:119-128.より引用、改変

さて、また変わった絵を出してきたのですけれども、向かって左側に、プレクリニカル、軽度認知障害、そして認知症があります。つまり認知症は、ある日突然なるわけではなくて、予備軍の予備軍、そして予備軍、更に本物というように進んでいくのが普通です。大体この間が二十何年と言います。つまり、正常のあとに青い線が立ち上がってから認知症ゾーンに入るまでに、20年ほどかかる。そのような中で、今、出てきた根本治療薬は、認知症になってからでは遅い、治らないことが分かってきた。そこで、「予備軍を探せ」と。

予備軍で手を打てば何とかなるかもしれないということで、開発が進んだ。

更には、それでも遅いということで、脳の中にアミロイドは溜まっているけれども、テストは100点満点。それでも、例えば家族歴があったり、認知症が心配だという人であれば、やっつけてしまおうと。ご存じのように家族性の乳がんは、まだがんの「が」の字もなくとも、最近では乳房を切ったりします。それと一緒に、テストにおいては全く問題がなくても、 β アミロイドという脳の中のごみがたまり始めたら、即治療という動きも既にあります。

Mild Cognitive Impairment 軽度認知障害

- ・ 主観的なもの忘れの訴え
- ・ 年齢に比し記憶力の低下
(記憶検査で平均値の1.5SD以下)
- ・ 日常生活動作(ADL)は正常
- ・ 全般的な認知機能は正常
- ・ 認知症は認めない (日常生活は自立)

MC I の定義ですけれども、主観的なもの忘れがある。年齢に比べて、記憶力の低下。これが一番大事です。「平均値の1.5SD以下」と書いてありますが、例えば100人が記憶のテストを受けたとして、93番までの人は帰ってください。94番から100番の方は残ってくださいと、6～7%ぐらいが1.5SDに該当しますが、記憶がよろしくない。しかし、日常生活動作は正常で、全般的な知能も正常。よって、日常生活が自立しているから、認知症ではない。このようなものをいいます。

認知症の前駆状態 MCI

地域在住の一見健康な高齢者の3 - 5%が該当

4年以内に5割が認知症へと進行(専門機関)

地域でざっくりと見たときに、一見健康な高齢者の3～5%は、今のような状態だといわれます。さらに、4年以内にこの方々の5割が、認知症へと進行する。まさに予備軍ということになります。

MCIをチェックする：一般編

- ・今何をしようとしていたか思い出せない
- ・同じ事を繰り返し言ったり尋ねたりする
- ・人と会う約束を忘れたことがある
- ・探し物が多い
- ・やろうとしても「まあいいか」と止めてしまう
- ・長年の趣味が楽しめない
- ・外出が減った
- ・段取りが下手になった
- ・会計で小銭が使えない
- ・今日の日時が言えない

実際にわれわれが日常の臨床の中でチェックしようすると、例えばこのようなことです。今、何をしようとしていたか思い出せない。同じことを繰り返し言ったり、尋ねる。人と会う約束を忘れる。探し物が多い。私はこれが一番大事だと思うのだけれども、やろうとしても「まあいいか」、「めんどくさい」、「やめておこう」。これがどんどん増えていく。長年の趣味が楽しめない。外出が減った。段取りが下手。会計で小銭が使えない。何でも1万円にしようということで、3,750円が出さないということですね。最後に、今日の日時が言えない。このような例が割と代表的です。

前駆状態（MCI）の疫学

MCI全般：日本の全国データ

65歳以上（約3600万人）人口の約14%：平成24年:400万 H30年:500万

4年以内に5割が認知症へと進行(専門機関) 主にAmnestic MCI

わが国のデータですと、先ほど申しましたように、平成24年の段階で400万人、平成30年で500万人といわれております。

MCIから認知症への伸展率

65歳以上において、MCIから認知症への伸展率は、年間10-15%とされる：レビュー。

Defrancesco M, Schocke M, Messner HJ, Deisenhammer EA, et al.
Conversion from MCI (Mild Cognitive Impairment) to Alzheimer's disease:
diagnostic options and predictors. Neuropsychiatr. 2010;24:88-98.

もう一つ大切なことは、MCIになったからといって、必ず認知症の本物になるわけではありません。年間で10~15%ぐらいの人がなって、4年で半分はなるといわれている。これが普通の伸展率です。

リバージョンとリバーター

一旦はMCIと診断された後に、知的に正常と判定されることをリバージョンといい、そのような個人をリバーターと言う。従来の報告ではリバート率は14-44%であり、平均で26%と報告されている。以下は26%を報告した論文

Canevelli M, et al. Spontaneous Reversion of Mild Cognitive Impairment to Normal Cognition: A Systematic Review of Literature and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2016 1;17:943-948.

ただし、良いことにリバージョンというものがございまして、一旦はMCIと判定されても、よく見ていると正常に戻っていく人も、少なからずいらっしゃいます。大体平均で26%ですから、4人に1人が、一旦は言われても戻る、期待できるということがあるわけです。

正常に戻るリバーターの特徴

- ・ 複雑な知的活動
- ・ 好奇心

Sachdev PS, et al. Factors Predicting Reversion from Mild Cognitive Impairment to Normal Cognitive Functioning: A Population-Based Study. PLoS One 2013; 8(3): e59649.

特に私は、商売柄、何とかリバーターになって欲しい。そのための努力を考えるわけですが、オーストラリアのナショナルスタディーで、複雑な知的な活動に興味を持っている人、好奇心が強い人がリバーターになりうるという、なかなか励ましてくれる良いデータが出ています。

アメリカのMCIについてのガイドライン

Petersen et al. Neurology. Special article. 2018;90: 1-10

- 1)食品医薬品局はMCIへの薬物治療を許可していない。(わが国でも同様)。
- 2)MCI者の認知機能改善の効果を示した治療薬やサプリメントに関する良質のエビデンスは存在しない。
- 3)規則的な運動を週に2回程度、6ヶ月以上に亘って続ければ有効とする良質な報告が相当数存在する。
- 4)数は少ないが認知トレーニングの有効性も報告されている。

それから、アメリカが一番、ある意味で進んでいるわけですがけれども、これまで食品医薬品局（FDA）は、MCIに対して薬物治療を許可していなかった。サプリメントなど、しょっちゅうテレビのコマーシャルでもやっていますし、テレビショッピングも非常に多いのだけれども、本当に効くというエビデンスを持つものはありません。これはぜひ覚えておいてください。では、何がいいかというと、規則的な運動を週に2回、6か月以上にわたってやる。これが一押しです。また、数は少ないのですけれども、認知トレーニング。これは、ボケの予防のような、パソコンでやるようなものです。あの手の認知トレーニングの良さは、欧米では知られています。

認知症・MCIの診断と検査

- 各種テスト、画像診断（MRI、SPECT、PET）

MCIやPreclinicalへの気づき

- 根本治療薬（疾患修飾薬）は認知症になってからでは遅い！

MCIの診断

正統とされる診断法やテストがあるわけではない。

まず詳細な問診などで、認知症でないことを確認する。

認知症はないと判断されたら、個々の認知機能、記憶(主にエピソード記憶と論理記憶)、言語機能、遂行機能、視空間機能、推論、注意の能力を検査。個々の領域について年齢、性別、教育年数を制御した平均値から1SDもしくは1.5SDを下回っていれば、その機能障害を疑う。

世界の精神神経疾患診断の基準となるDSM5

日常生活の自立を妨げるほどではないことが診断のポイントになる。

さて、診断ですけれども、どのようにMCIや認知症と診断するのか。大ざっぱに、医者はこのようなことをやっているという紹介をします。

まず気づきなのですけれども、根本治療薬は、認知症になってからでは遅い、効かない。いかに早期発見するかなのですね。いずれにしましても、正規の診断法は、「これでなくちゃいけない」というものはありません。

軽度認知障害（MCI）の生物学的診断

MCIや早期ADの診断に有用と考えられているもの

脳脊髄液(CSF)バイオマーカー

- ・老人斑の主要構成成分A β 42
- ・神経原線維変化を構成するリン酸化タウ

血液からも候補物質

いずれもA β を排除したりその毒性を消去したりする特徴。

もっと具体的に言いますと、レカネマブという薬を使うためには、PETを使うか脳脊髄液を取って、A β 42がどのようになっているか、タウがどのようになっているかなどを見ます。また、血液からA β などを測ることによって、MCIらしさを見るものもあります。

MCIや認知症性疾患の診療の手順

- ① 面接
- ② 身体診察
- ③ 神経心理テスト
- ④ 脳画像
- ⑤ 血液・髄液検査、脳波など

一般的に、お医者さんに行くときどのようなことが行われるか。1番から5番まで並んでいますが、まずご本人に、何が問題かということをお聞きします。

面接

- ・ まず本人に語ってもらう
- ・ 本人の了承を得て同伴者に尋ねる

もの忘れの原因には認知症以外にいくつかある

「物忘れ」の訴え →

記憶障害？
注意障害？
視聴覚障害？

このようなところに連れてこられただけで、ぶるぶるモードの人はたくさんいらっしゃるなので、黙りこくって返事もなければ、仕方がないので、「すみませんが、ついてきた奥さんに尋ねますよ」と言います。何をお困りか聞きます。

大事なことは、もの忘れというと認知症ばかりではなくて、実は注意障害。鬱病になると注意障害があるので、一見ぼけたように見えます。それから、一番多いものは、耳の悪い人。耳の遠い人は、「え、何？」と言うのが格好悪いから、「うんうん、分かった」と言っているけれども、何も聞こえていないということもざらにありますので、実はこの人は耳だということも少なからずあるわけです。

MCIや認知症が疑われる際の面接

何を明らかにするのか

①MCIや認知症か否か？

正常に発達した知能が進行性に低下し生活に支障

②問題点は何か？

当事者、家族は何を困っているのか

③重症度はどうか？

生活の支障の度合い、自立の程度

④基礎疾患は何か？

アルツハイマー病、脳血管性認知症、など

私どもが、そのような面接の中で何を明らかにするかですけれども、今、申した定義に沿って、MCIや認知症であるか否か。何をご家族は困っていらっしゃるか。それから、重症度はどうかということを見ます。さらに、先ほど70幾つも原因はあると申し上げただけけれども、この人の場合はアルツハイマー病なのか、何なのかということを見ていくということがございます。

MCIや認知症が疑われる際の面接

I 導入部分

- ・主訴、受診理由など

II 一般面接

- ・背景など 生活歴や家族構成 家族歴、既往歴

III 中核面接

a. 発症の時期

初めて異常に気付いたのは？その内容は？

b. 今日までの臨床経過

主だったエピソードを順番に話していただく

c. 記憶障害の内容

いけないのは今の記憶か昔の記憶か？

d. 精神症状・行動異常

もの盗られ・嫉妬妄想、暴言・暴力、昼夜逆転など

e. 現在の生活状況

炊事・買い物、掃除、洗濯、TV番組の好み、支払い

導入部分があって、一般面接があって、中核面接があるのですが、特に大事な3番の中核面接のところだけ、少し言います。まず、いつ頃からおかしいと思っているかを聞きます。アルツハイマー病は、数年前からじわじわと、いつの間になんかいます。「先月の15日の8時頃」などということがあったら、絶対に違う。それは別の病気で、脳血管障害のようなものです。最初は「こういうこともあるかな、年を取れば」と思っているうちに、ぽつぽつそのようなことが増えてきたというのが普通です。

それから、今までどのようなエピソードがあったのか、どのような失敗を家族は気づいて、心配されたのか聞くと、「確かにアルツハイマー病っぽいな」、「いや、違うぞ」というようなことが分かります。また、よくご存じのように、認知症の人は何十年前のことはよく覚えているのに、先ほど食べたご飯を忘れて「食べさせてもらっていない」など、先ほどのことがいけないといいますが、これも非常に大きな特徴です。それから、家族が一番困ることは、もの盗られ・嫉妬妄想です。「おじいさんは隣のおばあさんとできていて」うんぬんと言って、おじいさんをいじめるという、これも結構困ります。それから、暴言・暴力、昼夜逆転。

そして、最後ですけれども、現在の生活状況で、炊事・買い物、掃除、洗濯とあります。いわば家事の三種の神器で、順番は決まっています。最初にできなくなることは、女性は料理ができなくなります。最後までできることは、洗濯。洗濯機は回せなくても、乾いたものを取り込んで畳むまではできるのです。従って、奥さんが認知症だとお父さんはおっしゃったけれども、炊事はできているかと聞いて「ワンパターンだけど、まだ作っています」と言われたら、まだまだ軽いと思います。「洗濯はどうですか」と聞いて、「取り込むことはやっつけて、最近では畳めなくなりました」と言われたら、重症だなと思います。

それから、テレビの番組の好みもありまして、最初に見なくなるのは、NHKの連続テレビ小説や大河ドラマです。「最近は見なくなると、もっともらしい言い訳をされるのだけれども、実はあの手の番組は、

前回までのストーリーを覚えていて、今日の展開を楽しむから面白い。ところが、記憶が悪くなると前回までの記憶がないから、何のことやら分からないということで、「最近は面白くない」と言われます。逆に何を見るかという、多いのは歌謡番組で、特に懐メロです。「美空ひばりはいいね。都はるみはパンチが効いてる」というような番組。最後の最後は、実は男性も女性も相撲です。なぜか。相撲は簡単です。円の中から出されるか、あるいは転ばされるか、どちらかです。認知症になっても非常に分かりやすい。ですから、これは見られます。

また、先ほど支払いと言いましたが、認知症の始まりは、1万円しか使わなくなる。小銭で3,750円など、1,000円が3枚で500円とは絶対にやらない。大体トラウマになるのです。実際にスーパーのレジでもたもたしていると、後ろの方から「お婆さん、何してるんだ」と怒鳴られたりすると、それ以来、怖くてお金を数えることはやめたということで、また1万円札を出すという感じになります。このようなものが、生活の中で見ているときの最初の気づきというか、割と多いです。

MCIや認知症が疑われる際の面接

Ⅲ中核面接

f. まとめと簡易テスト

長谷川式テストの失点順位: まず遅延再生→日時

Q.

- ・「桜、猫、電車」覚えてください、後で聞きます
- ・算数 $100-7=?$ $93-7=?$
- ・逆唱 6-8-2、3-5-2-9
- ・「さっき覚えてもらった3つを思い出して」

そのようなことで、MCIや認知だと思ったらテストをやるのですが、「長谷川式テスト」というものが、わが国では有名です。まじめにやると15分かかるのですが、私は3分以内で終わらせたいので、ぱぱぱっとやります。その中の4問なのです。いいですか。桜、猫、電車。さあ、言ってごらんください。「はい、言えます」。当たり前です。「後で聞きますから、覚えておいてくださいね」と言います。覚えてくれと言ったのに、わざと「順番に100から7を引いていってください」と言って、「93、86、79、72、65」と言ってもらいます。さらに、数字を「6、8、2」と言って、「これを逆さまに言ってください」「2、8、6」と言います。

すなわち算数と逆唱は、本人が「桜、猫、電車」と覚えたいものを、わざとじゃましてやろうという意地悪な質問です。それによって集中すると、やはり認知が始まった人は、先ほどの「桜、猫、電車」が吹き飛ぶのです。「さっき三つ言ったけど」「え、そんなの言われました?」という感じになりますので、その答え方でも、ここまで認知が落ちているということが分かります。

MCIや認知症患者の症状の捉え方

MCIや認知症が疑われる場合

認知機能障害
精神症状、問題行動
神経学的症候、身体症状

の3つに大別して症状を捉える

今は認知機能を中心に言いましたが、もの盗られ妄想や嫉妬妄想などの問題行動いわゆるBPSD。更には、レビー小体型のようにパーキンソン症候群というものが出てきて、ロボット歩きになったり、手が震えたり、そのような身体の症状として出てくるものもありますので、医者はこのような三つの軸から観察しています。

MCIや認知症脳の画像検査

MRI、SPECT、PET

そして、MRIやSPECTというものがございます。

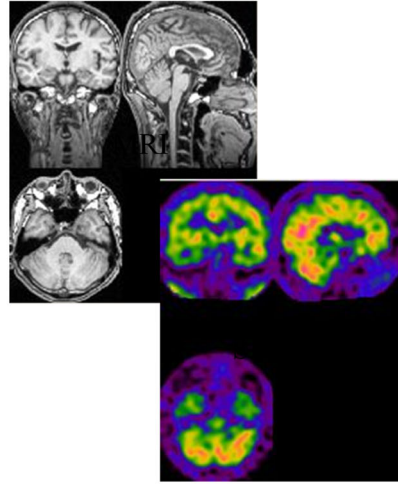
脳の画像診断法とその特徴

- MRI

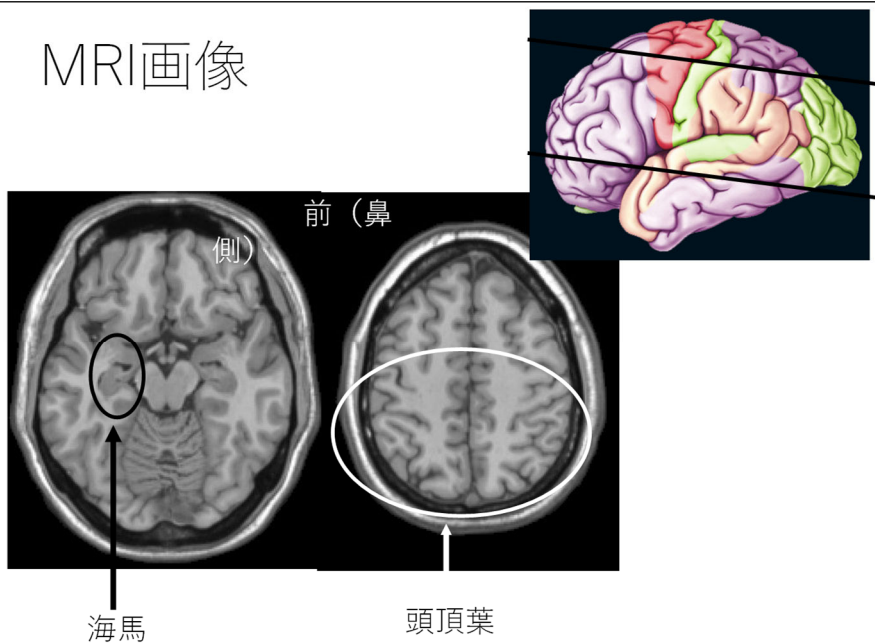
- 脳の形を評価
- 脳のやせ、脳梗塞などが分かる

- SPECT(スペクト)

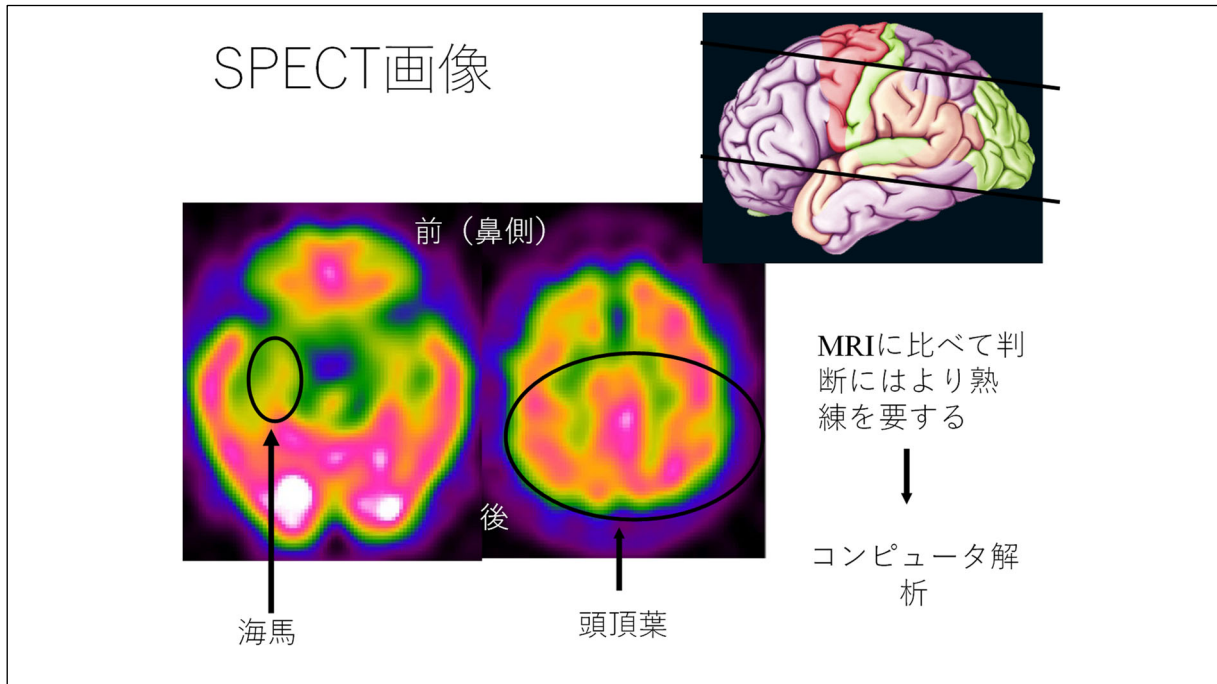
- 脳の血のめぐりのよさを評価
- 脳の部分的な働きが分かる
- 赤いほど血の巡りがよい



MRI画像



MRIはこの写真です。どのような方向にも切ることによって、脳みそのどこが痩せているか、血管が詰まっているかを見ます。



SPECTは、この青・赤・緑の色がついている所で、脳の血流のよさを見ます。血の流れがよければ赤い所がたくさんあるのだけれども、黄色や青が増えてくると、いけないということになるわけです。

脳血流を分かりやすく定量的に評価する

• 77歳 女性： 主訴 もの忘れ

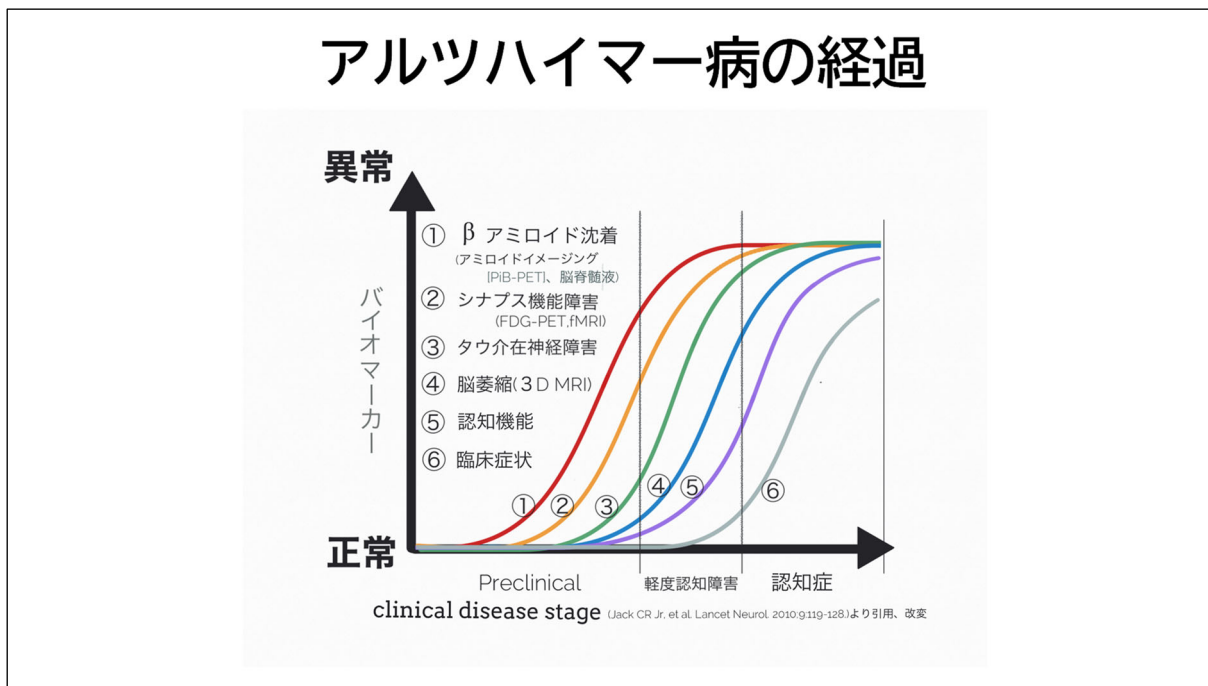
従来の方法

コンピュータ解析

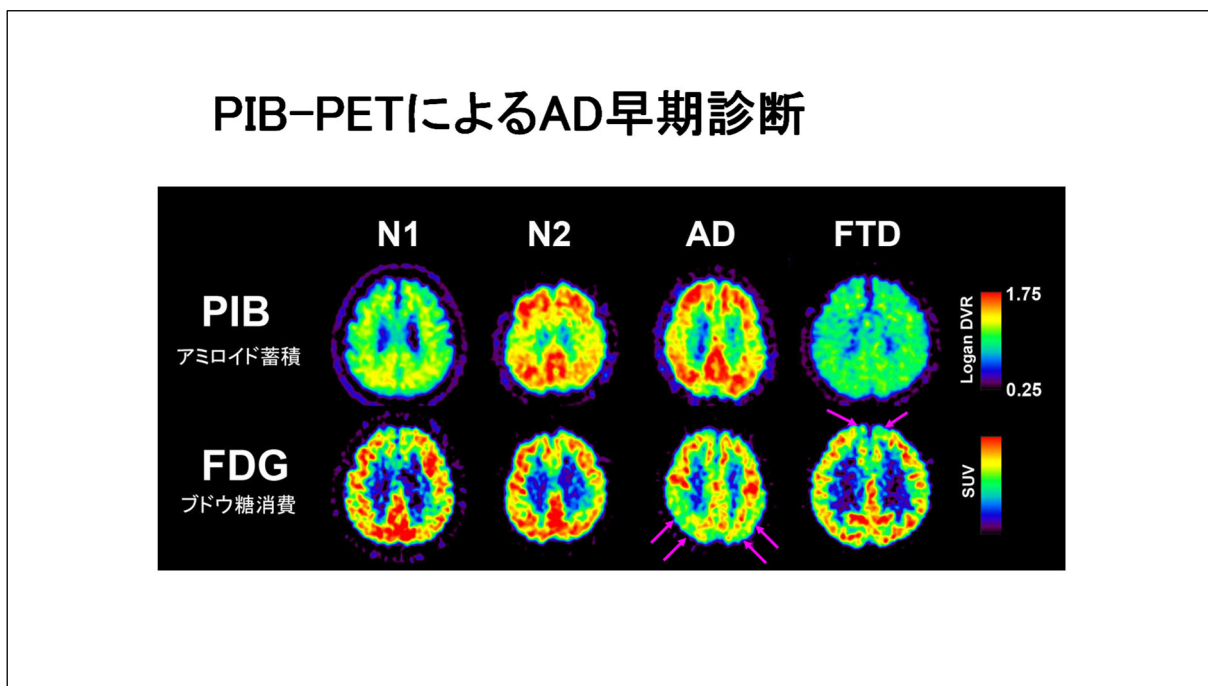
健常者に比べて血流が落ちているところだけを表示する

ただ、実は大方の医者は、このようなものを見ても分かりません。99%の医者が分からない。これは生の写真を出したわけですが、このようなものが絵で出てくるのだけれども、これだけでは良いのか悪いのか分からないので、77歳の女性であれば、平均的なものは、このようなものだということが分かる画像があります。その平均的な脳の上にこの人の脳を重ね合わせてみて、右側半分が青や黄色がついていますね。あれは、重ね合わせたときに「ここが低い」という所をコンピューターに計算させて、そこに色を塗ります。「ここで血流が平均値以下に下がっていますよ」ということで、下がり方のパターンで、この人はアルツハイマー病

か、レビー小体かということが分かります。



さて、先ほども見せた図ですけれども、いきなり認知症にはならない。昨今では、なるべく前の方でということになってきました。



特にこの中でPIB-PETというものがございまして、PETが脳の中のごみを検出するには最高だということで、今、注目されています。

認知症の早期発見・受診は難しい

ところが、認知症の早期発見は難しいのです。

認知症の最初の気づきから受診までに約4年

- **LANCET** ARTICLES | VOLUME 2, ISSUE 8, E479-E488, AUGUST 2021

- **Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis**

これは最近のデータなのですが、世界の先進国で、認知症に最初に家族が気づいてから医者に行くまでに何年かかるかという、平均4年だそうです。これは、ある意味で、MC Iのようなタイムリーな時間で治療を開始することを妨げるということをおっしゃっています。

認知症になってから何年生きられるか？ メタアナリシス

素材

78の研究

対象

6.3万人余の認知症があった人、15.2万人余の認知症がなかった人

原因疾患

アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症

また、もう一つは、世界中の6万3,000人の認知症の人と、15万2,000人の認知症がなかった人を比べて出した、認知症になって何年生きられるかというデータです。

認知症の死亡率:mortality rate

- 一定期間における死亡者数を総人口で割った値
- 認知症の診断もしくは発症から亡くなるまでの年数
認知症全体としての死亡率は、認知症のない者に比べて**5.9倍も高い**。

私も初めて読んだ論文ですが、結論は認知症全体としての死亡率は、5.9倍になる。これは、なかなかすごい数字です。

認知症者の死亡に関するデータ

認知症全体の平均では、
発症年齢が68.1±7.0歳
診断された年齢は72.7±5.9歳
初発から死亡まで7.3年±2.3年
診断から死亡まで4.8±2.0年

例えば、平均年齢がこの場合は68.1歳だそうなのだけれども、診断年齢が72.7歳ですから、確かに4年あまりかかっています。初発してから7.3年で亡くなっている。診断されてから死亡までが4.8年で、大体5年ぐらい。これは、世界中の白人も東洋人も入っているデータなので、割と平均的な数値だと思います。

アルツハイマー病者の寿命

- アルツハイマー病では、**初発から死亡まで7.6±2.1年**
- 診断から死亡までが5.8±2.0年。**
- アルツハイマー病の診断がついた患者さんやその家族から、余命は何年か？の質問を受けたなら、**4年～8年程度**と答えることになる。
- もっとも本論文の対象は、我々が対応する患者さんの年齢より、少し若いかなという印象がある。
- 注目すべきは、4つの認知症性疾患の中でアルツハイマー病の生命予後が一番良い

特にアルツハイマー病の方ですけれども、さまざまにある認知症の中で、アルツハイマー病は実は一番軽いのです。あまり悪くならない。死ににくい。それよりも、レビー小体や前頭側頭型の方がよろしくないといわれています。ちなみにアルツハイマー病では、初発から死亡までが7.6年、診断されてから死亡までが5.8年。これはよくある質問で、真面目なご家族から、「お父さんはアルツハイマー病ですか。あと何年生かれますか」という質問が割と多いです。私自身は、医者教育講演の中で、もしそのような質問を受けた

ら、4年から8年と答えておくのがどうも正しいらしいと教えておりました。いずれにしましても、4大認知症といわれる認知症があるけれども、意外ながら、アルツハイマー病が一番たちがよろしい。もっと悪いものがあるということでもあります。

アルツハイマー病等の早期受診を躊躇する人が多い

疾患修飾薬が登場した。

- アルツハイマー病は、より早期の治療ほど効果が期待できるようになった。
- ところが、認知症の早期受診を躊躇する人が多い。
- だから早期発見・早期治療に結びつかない。

次に、実はアルツハイマー病等の早期診断を躊躇する人が多いということです。今から20年ほど前に、東京都の調査では、最初に家族が「医者へ行け」と本人に言ってから、行くまで2年かかるということが出てきた。これでは遅いと思います。行かない理由は、アルツハイマー病だと分かっても、治療がないからぼけるだけだろうと。「じゃあ、嫌だよ。考えたくないよ」ということが一番多かったのですが、昨今は疾患修飾薬が出てきて、より早期の治療ほど効果がでる。しかし、未だに早期受診を躊躇する人が多いという問題がございます。

MCI-Jのコンセプト

- 専門医受診の壁は高い。
- 在宅でも、ある程度精度の高い診断が可能であり、素人でも評価できる評価方法が望まれる。
- 他者による観察から認知機能を評価しようとする尺度は既にある。
- これらは、素人の判断という視点では、「帯に短し、たすきに長し」。
- 客観的に捉えられる行動の面から評価したものは1つある：専門家用
- **非専門家でも行動面からMCI、認知症初期をとらえられる尺度を開発**

私自身は、認知症の学会の理事を永年やらせてもらっているのですが、その中で、何とか医者に行くようにするワーキンググループを作りました。専門医であっても壁を低くしようということで、「何か作ってくれ」ということで作りました。

他者の目に映る行動からの認知症評価尺度

AD8, IQCODE 介護者との主に認知機能を標的とする構造化面接

[Galvin JF, et al.](#) The AD8. *Neurology* 2005; 65:559-564.

[Jorm AF., et al.](#); *Psychol Med.* 1991; 21(3):785-90.

IDDD, FAQ ADL機能低下に注目するもの

[Teunisse IS, and Derix MM.](#) *Int Psychogeriatr.* 1997;9 Suppl 1:155-62.

[Pfeffer RI, et al.](#) *J Gerontol.* 1982;37:323-329.

簡単に言うと、他者の目に映る行動の変化から「これはぼけの兆しです」というものを探して、ここから言おうというものを作ったわけですね。既に似たようなものはあるのですが、ずばりのものはなかったわけです。

MCI-J 日本老年精神医学会でワーキンググループ

- 最大の特徴は行動面から評価すること。
- また評価者は、患者本人、その家族等身近な人、医療関係者の誰であってもいい。
- 同一の人物を評価すれば同じ結果が出るようなアルゴリズムを開発した。
- 診断は、例えば認知症であるといったように断定するのではなく可能性の高い疾患の順に複数を並べて示す。
- 診断標的の疾患はアルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症だが一部の血管性認知症は含まない。

まず、行動面から評価する。普通の週刊誌などでは、「あなたが自分のことで答えなさい」というものなのですが、この特徴は、本人が答えても、家族が答えても、医者が答えてもいいのです。当然、答えは違ってきます。本人は自分に甘く、家族は厳しく、医者はその中間のように答えます。そこで、それを何百人も全国でやって、重みづけをする。アルゴリズムを作ることによって、「本人はこう答えていても、実はこうだ」という、いわばAI的なものを作ったわけですね。

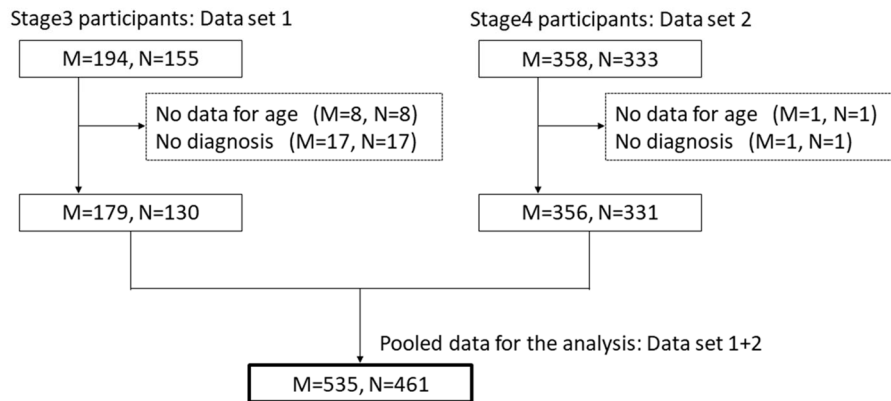
MCI-J開発の概要

- 作成過程
まず先行文献から認知症の最初期の標的症状とおぼしきものを選んだ。
次にWGで討論することでここから取捨選択した。さらに自施設の実際の患者さんで試行し、どれが正確な診断に結びつくかという観点から設問を選択した。最後に老年精神医学会の評議員67名の協力を得て、それぞれの施設の患者において試した。
- 合計535名のデータを用いた。以上のプロセスを経て13質問が選ばれた。
- 感度90.6%、特異度56.6%が得られた。
- 臨床の場でMCI-Jの有用性が期待されるが、あくまでスクリーニング尺度。

そうすると、非常によく当たるようになりました。

研究の流れ

(B)



535 名ぐらいの全国のデータを使って、この学会の役員のレベルでやっています。

13項目の英文表記

- Unable to name things, heavy use of "this" or "that"
- Does not know the day of week or date
- Cannot manage medication
- Does not remember instructions (e.g., from doctors or pharmacists)
- Responds "yes" or "okay" to any question
- Reacts to trivial things with tears, great joy, or great anger
- Repeats actions, such as: fixated speech acts, routines, walking routes, etc.
- Overly concerned about time and starts planned events early
- Forgets recent events
- Loses prescription slips or patient registration card
- In medical facilities, loses way and cannot find exam rooms
- Increased drooling and saliva production
- Sluggish behavior with unclear language

英語なのですけれども、ずばり言いますと、最終的に4、5年かかってできたデータがこれなのですが、物の名前が出てこない。「あれ、これ」を多用する。曜日・日時が分からない。薬の管理ができない。医者や薬剤師の指導内容を覚えていないなど、13個で、これが当たります。

具体的な13項目

- 1 ものの名前が出てこない、「あれ」、「これ」を多用する
- 2 曜日や日にちがわからない
- 3 薬の管理ができない
- 4 (医師・薬剤師) 指導内容を覚えていない
- 5 生返事で、何を聞いても「ハイ」「大丈夫」などと答える
- 6 些細なことで泣き、大喜び、激怒等につながる
- 7 ○同じ行動を繰り返す。(発言内容、日課、散歩コースなどの固定化)
- 8 ○時間を過度に気にして、予定時間の前に行動を開始する
- 9 最近の物事を思い出せない
- 10 処方箋や診察券を紛失する
- 11 検査室へたどりつけないなど医療施設内で迷う
- 12 ◎よだれや唾液が増える
- 13 ◎ろれつが悪く、言語が不明瞭である

赤い丸や二重丸もついているのですけれども、先ほど言いましたように、アルツハイマー病は全体の3分の2です。レビー小体や前頭側頭型を入れて、初めて90%になります。ですから、60%で満足せずに90%は取りたいと思って、赤丸は前頭側頭型認知症の特徴です。二重丸は、レビー小体型認知症の特徴です。そうすることによって、日本の認知症の8、9割方を13の項目だけで押さえられるようにしたものが、これです。

チェックリスト回答上のバイアス

- 当事者自身は自分を軽く、家族介護者は実態以上に重く評価
- 医療者はその中間
- 従来 of 尺度やチェックリストの回答者は家族か医者かの定め
- 現実には、とくに最初期は誰が回答するか不明
- 同一人物の評価なら、誰が回答しても同じ結果に！

→ アルゴリズムが必要

いずれにしてもアルゴリズムを作って、本人のみが答えようと、「実態はこうだ」と引っ張っていくように力づくでした。

チェックリスト回答上の評価者間バイアス

本人自身評価に比べ

- 家族介護者は3.3倍
- 医療関係者は3.1倍重度に評価

先ほどバイアスがあると言いましたが、本人の評価に比べて、家族は 3.3 倍悪く言います。医療関係者で 3.1 倍なので、本人の言っていることは、全く当てにならないということになります。

MCI-Jの精度

- 感度90.6%、特異度56.6%が得られた。
- 特異度は低いが、スクリーニングには高い感度が必要

今、申しましたように、感度は90.6%、特異度56.6%。このようなスクリーニングは、あるものがあるという感度が必要ですので、それは十分満たしている。

MCI-Jのまとめ

- 認知症の前駆期や初期を自己・他者の目から捉えるチェックリスト
- 紙ベースでなく、iPadやPCなどで回答する
- 13項目からなる（AD、DLB、FTDが対象疾患）
- 当事者、介護者、医療関係者のだれが評価してもいい
- 同一人物が対象なら、だれの評価でも同じ診断がでる
- 可能性の高い疾患を順に並べて回答する
- 許容可能な精度（高い感受性）
- 有用性が期待されるが、あくまでこれはスクリーニング尺度

このようなもので、いかに早く、しかも本人はやりたがらないだろうから、家族であっても、行動ぶりから見て「これだ」と思うような必要が出てきた。そのような状況になってきております。

今ある4つのアルツハイマー病治療薬

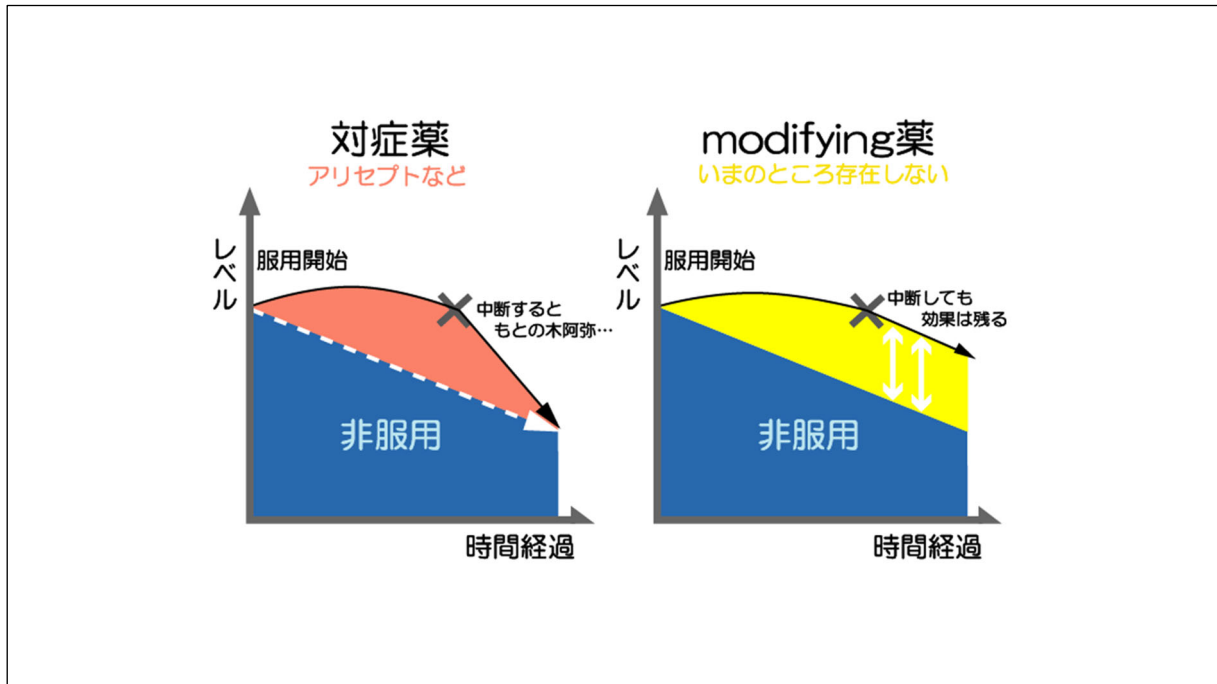
コリンエステラーゼ阻害薬

- ドネペジル(アリセプト)
- ガランタミン(レミニール)
- リバスチグミン(イクセロン)

MNDA受容体拮抗薬

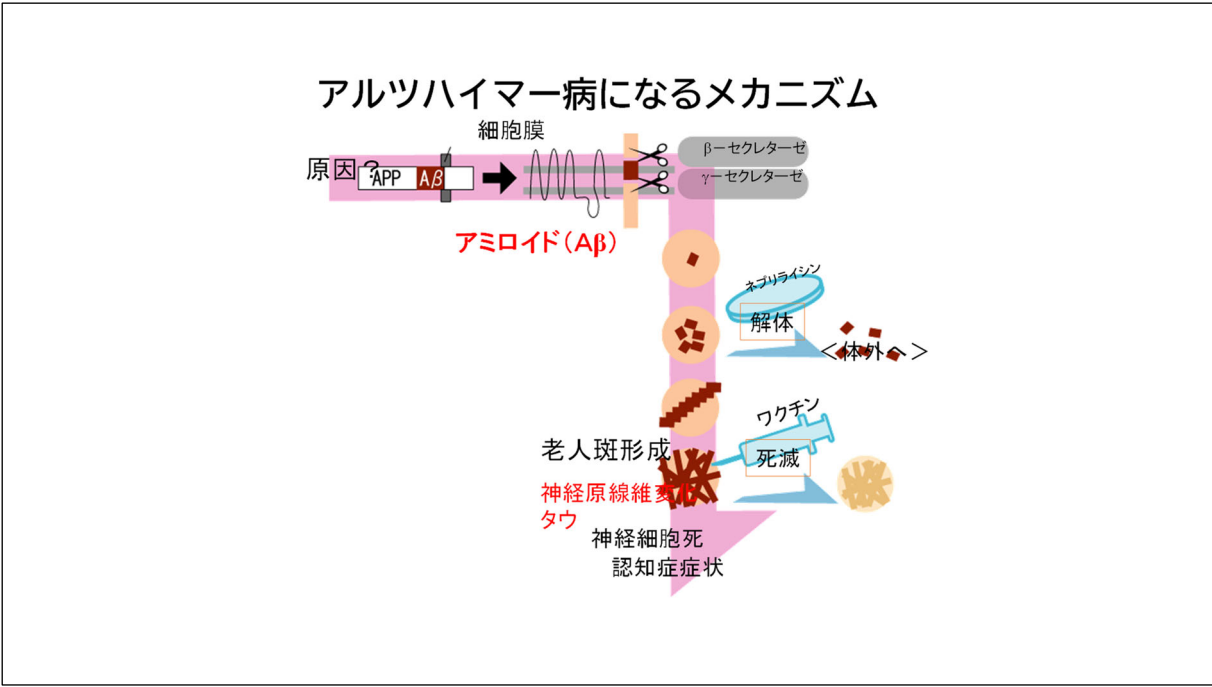
- メマンチン(メマリー)

治療ということで申しますと、既存のお薬は4つあります。



従来のお薬は、「対症薬」と呼ばれています。飲むと少しよくなる。しかし、効かなくなったと思ってやめると、飲まなかった人と同じレベルまで、すってんころりと落ちていってしまう。それに対して、今は疾患修飾薬、モディファイング薬と言うのですが、飲むとよくなる。仮に「やめた」と言ってやめたとしても、リード幅をこのまま維持していけるというものです。新聞で、レカネマブというお薬が出て、7.5か月遅らせる、27%症状を軽減するというのは、このことを言っています。それが引っ張れると。逆に言いますと、「そんなもんですか」という思いもあるのですが、いずれにしても従前のお薬とは違う。

アルツハイマー病の根本治療



今、根本治療と言いましたが、アミロイドAβ、あるいはタウが脳みその中にたまっていくことが、どうも元凶のようです。

アミロイドβとタウが2大原因候補

東横綱

アミロイドβ

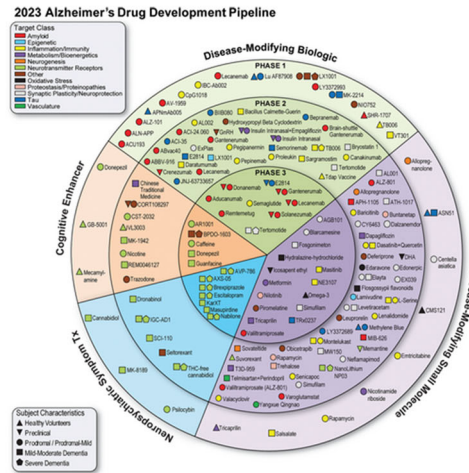
西横綱

タウ

ですから、東西の横綱ではないですが、それぐらいの迫力を持って、これまで世界中で40年間、アミロイドをやっつける、あるいはタウをやっつける薬を開発してきたという現状があります。

抗アルツハイマー病薬開発の現状：143種類 Alzheimer's & Dementia 2023

Cummings J, Lee G, Nahed P., et al. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2022 Alzheimer's Dement. 2022;8:e12295.



現時点では世界で143種類のお薬が、根本治療薬を目指して、しのぎを削っております。同心円が1、2、3とありますが、実は薬というものは、まず第1段階で毒か、毒ではないか。効くか、効かないか。多くの人に飲ませて本当に効いて、毒性は少ないのかという、3段階、4段階を経て初めて世間に出てきます。ですから、第3段階ぐらいいまで来ないと、「よっしゃ、いけるぞ」ということにはならないわけですね。

抗アルツハイマー病薬開発2023年の現状

- アルツハイマー病に141の候補薬物があり、187の治験が進行している
- **最重要の第3相には、36の薬物**により55の治験が進行中
- 第2相には、87の薬物により99の治験が進行中
- 第1相には、31の薬物により33の治験が進行中

疾患修飾薬 78%

対症療法薬 21%

認知機能刺激薬 11%.

今、141の薬剤があるのだけれども、第3段階に来ているものが36薬物あるので、「なかなか頑張っているではないか」と、われわれから見ると思います。疾患修飾薬といわれる根本治療薬が、8割方。対症療法薬は、怒りん坊であったり、あるいは元気がなかったりするものを治す、当て薬です。これが2割。その他に、認知機能刺激というお薬も1割ぐらいい出ています。いずれにしても、8割方は根本治療薬があって、36の登場

間近、デビュー寸前というものがあると思ってください。

アルツハイマー病治療薬開発の現状要約

- 1993年になされた最後の開発（Galantamine）以来29年成功例なし
 - 公式に治験成績が発表されたものに限っても30数連敗
 - この10年、Eli Lilly、MSD等の治験撤退
 - Biogenの新薬Aducanumabが一番期待されたが2019年撤退
 - アルツハイマー病のみならずMCI, Preclinicalも対象
 - 世界中でしのぎを削っている新薬は3種類に大別される
 - アミロイドβに働きかける根本治療
 - タウに働きかける根本治療
 - 対症療法薬
- ◎ **2021年6月 Aducanumab28年ぶりにアメリカで成功 同年12月日本では承認されず**
- ◎ **2023年9月Lecanemabの承認**

わが国には、実は30年間、新しい薬が出なかったのです。そのようなものは、例えばがんなどのいろいろな病気と比較してみても、ありませんでした。ところが、2年前の6月にアデュカヌマブというお薬が、28年ぶりにアメリカで成功した。しかし、一昨年（2021年）の12月に日本では承認されなかった。そして、この9月にレカネマブが初めて出てきた。ようやくこれが、12月下旬ぐらいから投与可能になります。

Lecanemab（レカネマブ）2023年承認

- 軽度認知障害（MCI）および軽度ADを対象とした大規模な第Ⅲ相試験において、**主要評価項目ならびに全ての重要な副次評価項目を統計学的に有意な結果が得られた。**
- 主要項目では、本剤投与群がプラセボ投与群と比較して**27%の悪化抑制**を示した。
- 副次評価項目では**脳内アミロイド蓄積**などでも有意な結果を示した。
- 副作用**ARIA-**の発現率は**12.5%、ARIA-H17.0%**であった。

しかし、実際には大したことはなくて、27%の悪化の抑制ですね。それから、実際に脳のごみが消えていく。ただし、副作用の「ARIA」というものを覚えておいてください。脳の中の血管のむくみや出血です。

アミロイド関連画像異常 (ARIA; Amyloid-related imaging abnormalities)

アルツハイマー病患者の神経画像に見られる異常な所見。
アミロイド修飾療法、特にアデュカヌマブなどのヒトモノクローナル抗体に関連している。

ARIAには、ARIA-E(浮腫)とARIA-H(出血)の2種類がある。

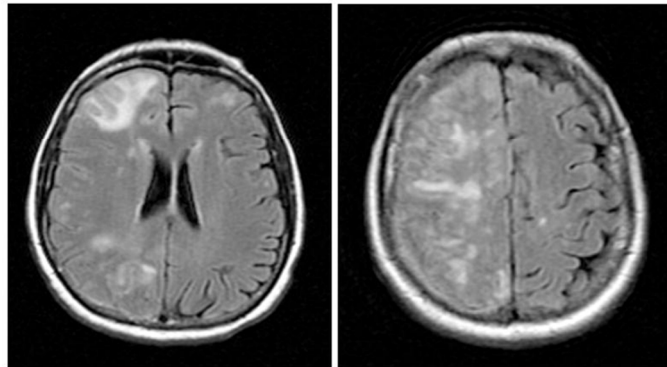
このような出血と浮腫が出て、3人に1人ぐらいはこの副作用が出ます。アルツハイマー病を治そうとしたら、脳血管性認知症になったのかというブラック・ユーモアが出るぐらいに、本末転倒ではないかということも最初から言われたのですけれども、幸いにして、ある程度薬の投与を止めておくと治るのです。自然治癒します。しかし、患者さん自身は、多くの人は「そんな恐ろしい薬はやりたくない」というのが普通です。

本剤の副作用の中で最も怖い、ARIA

- 小さな血管の浮腫や出血 : ARIA (amyloid-related imaging abnormalities) である。
- 脳出血による死亡例は、併せて3例ある。いずれも本剤との関係は未確定である。
- アルツハイマー病患者の約半数はアミロイドアンギオパチーを有する。こればアミロイドのプラークが血管壁の平滑筋に置き換わった病理変化である。
- 本剤がこの病理変化をくり抜くからARIAが生じる。

実際に、小さい浮腫や出血なのだけれども、1,800例の方が世界中でこの治験をやって、3名が脳出血で死んでいます。それがこのお薬のせいなのか、それとも、たまたま起こった脳出血なのかは分かりません。いずれにしても、1,800人の中の3人が、それで亡くなっているのかと思うわけですね。

ARIA-E as seen on FLAIR images from a monoclonal antibody trial demonstrating increased MR signal in multiple regions of the right hemisphere affecting both gray and white matter.



難しいことはいませんが、MRIで見ると、それまでなかった出血が起こったり、むくみが起こったり、このようなものが出てくる。この多くは、2か月間ぐらいやめておくと、自然に消えてまいります。

レカネマブ投与はそう簡単ではない

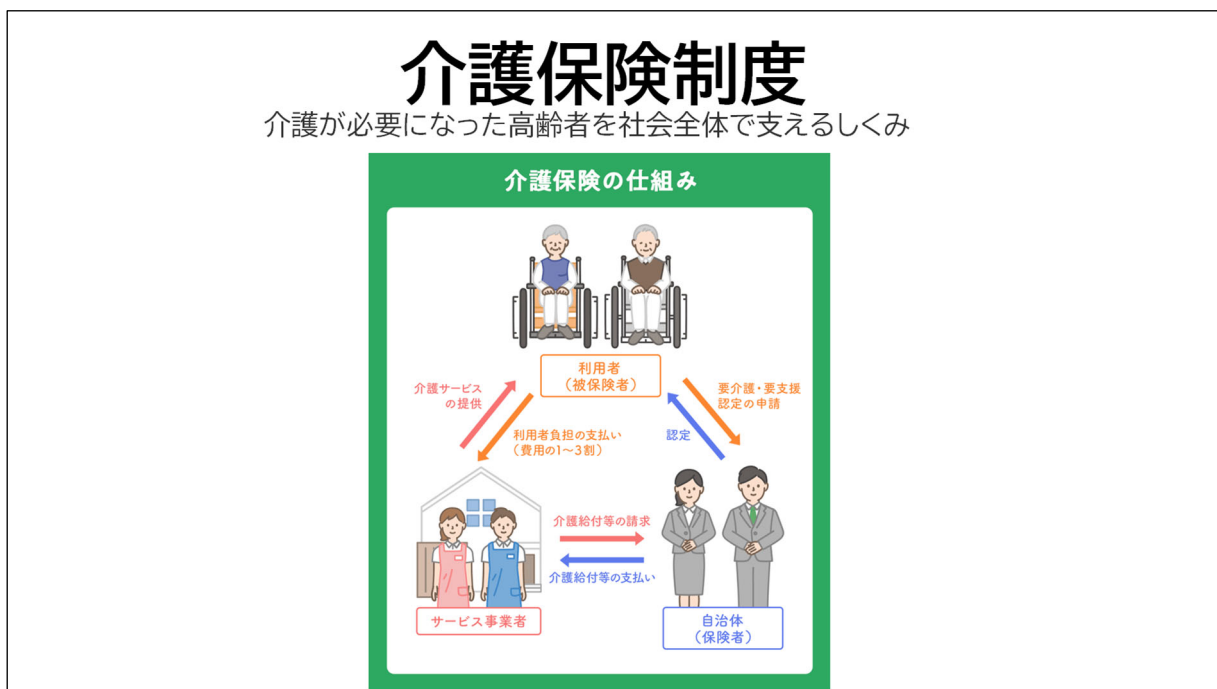
- 適応: MCIか初期アルツハイマー病
- 値段と保険収載
- アミロイドPET撮像か脊髄穿刺
- MRI: ARIA対応
- 点滴回数 2週に1度

さて、私自身、毎日「いつやってくれるんだ」と患者さんからお願いがあるのですが、実はそれほど簡単ではありません。適応は、MCIや初期のアルツハイマー病なのですね。ところが、「やってください」という人のほとんどができ上がってしまって、かなり進んだアルツハイマー病です。軽度の人は、「うそでしょ。誤診かもしれない」という、ある意味でまだ治ると思っていますから、せっぱ詰まってこのようなものやろうとは思わない。あらゆる手を使ったのだけれども、治らない。「390万円でも500万円でもいいから、やってみよう」という人は、もうでき上がってしまって、藁をもすがるといところの方が多いです。

それから、値段が390万円ぐらい年間ですのですね。この間、岸田首相が委員長になっている認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議の中で値段も決めるそうなのですが、390万円だと。仮に試算をしてみると、1,600億円ぐらい使われるのだそうです。1,600億円というと、たしか国家予算の0.13%です。一つの薬のために0.13%はありえないと思います。医者であっても。しかも第2、第3が出てきますから、そのたびにそのようなことでは、大変なことです。

もう一つは、アミロイドPETをやらないと、アミロイドがたまっているかどうか分からないのですけれども、これが大体50万円です。保険が利かない。国は今、必死になって業者に働きかけて、15万円で、来年の4月からは保険で収載という努力をしているので、来年の4月からはいけるはずですが。今のところは50万円で、自由診療。それから、脊髄穿刺ですけれども、背骨に針を立てて髄液を抜いてきて、その中にアミロイドがどれくらい詰まっているかを見る。これは痛いので、大概のお年寄りには嫌がります。私が北京大学の教授と話した時に、「中国では、そんなことをしたら悪霊が乗り移ると言って、誰もやるもんか」と言っていましたけれども、それぐらい「背中を刺すのは勘弁して」という人が多いです。

また、副作用としてARIA（血管のむくみや出血など）の症状が発生するのでは冗談ではないと。さらに、点滴を2週間に1回やらなくてはならない。大体1時間半から2時間かかります。それを通してやるということで、どれだけの人ができるのかなという、そのような現実があります。



今までは治療でした。最後に保険系のお話をさせていただきます。ご存じのように、介護保険というものがあります。

介護保険サービス



これを分類すると、居宅サービス、おうちでやるもの。あるいは、地域密着型のもの。更には施設でやるようなもの。このように、ロケーションによって三つのサービスに分類されます。

介護保険サービス 給付限度額

自己負担は資産に応じて1～3割

要介護度	支給限度額
要支援1	50,320円
要支援2	105,310円
要介護1	167,650円
要介護2	197,050円
要介護3	270,480円
要介護4	309,380円
要介護5	362,170円

よく質問されるのですが、要支援と要介護は何が違うのか。要するに値段が違うのです。要支援1が5万円、要支援2になると10万円。そして、要介護1にランクが上がると16万円。簡単に言うと5万円ずつ上がって行って、最後は35万円ぐらいと覚えておくといいのですが、現物支給ですから、例えば要支援1であれば、5万320円分のサービスを受けることができるというものです。

介護者へのケア

- 介護保険関連
- 家族会
- 家族が望むサービス
- 行動障害・精神症状への対応

特に介護者へのケアが、後からも述べますけれども、介護保険関連は非常に重要だと思います。やはり家族の会などは、これを一押しに出しています。それから、家族会に入って、家族が望むようなサービスを教えてもらいます。また、先ほど申し上げたように、BPSDが一番ご家族にとって大変なわけですから、みんなで知恵を出し合ったり、教え合ったりすることによって、困った問題をどのようにするかを学ぼうということが、当事者の家族の間では盛んです。

介護保険による主なサービスのメニュー

- 訪問活動
ホームヘルプ、訪問看護など
- 福祉用具給付・貸与等
介護機器の支給
- 介護者の休養・当事者の機能維持
ショートステイ、デイサービス、リハビリ等
- 施設への入所など

介護保険ですが、特に認知症ということを考えて介護保険の内容を見てみると、例えばホームヘルパーや訪問看護というものがある。それから、福祉用具の給付や貸与があって、杖や家の中のものなどがございます。一番喜ばれるものは、ショートステイやデイサービスです。3泊4日で泊まってきたり、朝9時から夕

方4時まではデイサービスに行って、その間に買い物に行ったり、掃除しているという感じで、介護者の休養や、ご本人の仕事ができるような要望をもたらすようなサービスが一番喜ばれます。更には、施設への入所。特別養護老人ホームというものがございますけれども、要介護3になると、「入りたいです」と手を挙げられます。それでも大抵入られませんけれども、要介護4ぐらいになってくると、ぼちぼち入られます。いずれにしても、特養という、経済的にも施設のにもリーズナブルなものはそれかなと思いますが、要介護3にならないと手が挙げられないということは、覚えておいてください。

JAAD

望まれる支援サービス

- 介護者の休養になるもの
- 家庭に出向いてするもの
- 認知症の知識や情報
- 家族会に関する情報

家族の会等では、このようなサービスがいいと言っています。介護者の休養になるもの。あるいは、家庭に出向いてするもの。認知症の知識や情報。更には家族会に関する情報。

JAAD

家族会による会員への呼びかけ

- デイケア等の定期的利用
- 認知症の知識介護技術を得る
- 入浴などは他人の力を借りる
- 経済的支援サービスの利用
- 自分の心のケア

そして、ここにもございます、デイケア等の定期利用。それから2番目は、知識と介護技術を得ることが重要です。そして、お風呂ですけれども、これは非常に危険で、おばあさんがよぼよぼなのに、どうしてもおじいさんを風呂に入れてやると言って、おじいさんが押し潰されて2人とも大腿骨頸部骨折。このようなことが少なからず起こりますので、お風呂などは、デイサービスに行ったときに入れてもらう。これが一番妥当だと思います。経済的な支援は、普通は現物支給なのですが、障害年金など、幾つか経済につながるサービスもありますので、状況に応じてそのようなものを探しておくことが大切です。最後に、自分の心のケア。後から言いますが、認知症の介護離職は大変な数ですので、家族介護者の心のケアが非常に重要です。

個人レベルの介護関連課題

介護保険給付の最多原因疾患は「認知症」

認知症の人の家族に係る負担

介護負担には経済的負担、精神的負担、の三つある。

介護保険が賄うのは、主に経済的負担、身体的負担。

さて、介護保険と認知症ということで、簡単に説明しておきますと、介護保険給付の一番多い原因疾患は認知症です。昔は脳卒中なのだけでも、何年か前から入れ替わって、今は認知症が一番になっています。特に世話をする家族にとっては、三つの負担があります。経済的なもの、身体的なもの、心理的なもの。心理的な負担はさておき、介護保険が担うのは、主に経済的な負担と身体的な負担。

介護離職という問題

総務省によれば

- 介護離職毎年10万人 40—50歳代 ベテランや管理職も
- 両立支援制度がない、介護休業など利用し難い
- 介護しながら仕事も360万人
- 法では最長3月休める 現実の利用者は1.6%

これに対してカバーするものがあります。そのような制度があったとしても、介護離職という問題は、ここ10年、毎年10万人。特に40代から50歳代に多い。ベテランや管理職であっても、なる。両立の支援制度がない。実際に介護休業などは利用し難い。実際に介護しながらお仕事をしている人が、360万人いらっしゃるそうです。一応、法では最長3か月休めるそうですが、実際に利用している人は、たったの1.6%という現実があります。

【ご注意ください】

- 介護保険で利用できる訪問介護サービス
- 介護保険で**利用できない**訪問介護サービス

しかも、問題なのはここなのです。介護保険は、何でもかんでもやってくれるオールマイティーなものではない。介護保険で利用できるものはかなり制限があって、「これができないの？」ということが、実際には多いわけですね。

介護保険で利用できない訪問介護サービス

次の3種類のサービスは介護保険の訪問介護サービスとして利用することができません。

- 1.利用者への援助ではなく、**ご家族のため**に行う行為やご家族が行うことが**適当と判断される行為**
2. ホームヘルパーが行わなくても日常生活に支障がない行為
3. 日常的に行われる**家事の範囲を超える行為**

訪問介護サービスであっても、介護保険のカテゴリーの中に入っていないものがあります。例えば、利用者への援助ではなくて、ご家族のために行う行為や、家族が行うことが適当と思われることを代行することはだめです。それから、ホームヘルパーが行わなくても日常生活に支障がない行為は、やってあげない。さらに、これは日常的とは言えないというようなレベルの家事。このようなものもお断りと、よく見るとなかなか細かいのです。

利用できない例

- 他の専門職により行われるべき行為（リハビリ・マッサージ・医療行為など）
- 通所施設への送迎
- **趣味活動や旅行への同行**
- 銭湯・理美容室等への**外出介助**
- **話し相手・茶飲み相手**
- 草むしりや花木の手入れ
- ペットの世話
- **金銭管理**
- 大掃除、床のワックス掛け等
- 家具・電気器具などの移動・修繕
- 来客の応接や留守番
- **救急車への同乗**
- 洗車、家屋の修繕など日常的な家事の範囲をこえるものなど

例えば、私自身が聞いたり、今まで家族が「こんなのもできないのよ」と言ったものですが、赤字が割と多いものです。患者さんの趣味の活動や旅行に同行することは、だめです。それから、銭湯や理容・美容など、このようなところへの外出の介助もだめ。一番多いのは、話し相手やお茶飲み相手になるのもだめ。そ

れから、金銭管理や救急車への同乗もだめと、実は利用できないものが非常に多いです。

ダスキン ライフケアサービス 時間6000円

・組み合わせ・サービスメニュー

- ・お話し相手
- ・家事のお手伝い
- ・食事の介助
- ・トイレの介助
- ・移動の介助
- ・通院付き添い
- ・買い物同行
- ・趣味のお相手
- ・日中、夜間の見守り

私がこの間、患者さんから「ライフケアサービスというのを知っているか」「いや、知らない」と言ったら、「ちょっと調べてごらん」ということで調べてみました。このようなことが時間 6,000 円です。その中のサービス内容に、今言ったお話し相手や移動、趣味のお相手など、特にユーザーからクレームが多かったところをカバーして時給 6,000 円というものも出ていて、使っている人は重宝だと言っていました。

24時間365日対応、1回2時間以上からご利用いただけます。

対象都道府県 東京 神奈川

基本料金（9：00～18：00・平日） 【適用条件 月8時間以上ご利用の場合	1回2時間 9,900円（税別 9,000円）より ※1時間あたり 4,950円（税別 4,500円）
スポット料金（9：00～18：00・平日） 基本料金の【適用条件】を満たさない場合	1回2時間 13,200円（税別 12,000円）より ※1時間あたり 6,600円（税別 6,000円）
夜間・早朝（18：00～翌9：00）	上記基本料金・スポット料金の25%加算

ホームページを見るとこのようなことが書いてあって、対象の都道府県はそれほど多くはないのだけれども、場所によって（特に都会）は高いようです。それから、スポット料金というものがあって、これも時間帯によってもお値段が違うようですけれども、このようなものがありました。

民間保険が賄う精神的負担、身体的負担

身体的負担：例えばダスキンの例

精神的負担：例えばTV電話利用の

- ・24時間ピアカウンセリング
- ・介護経験者による人生相談
- ・ストレス解消の個別マインドフルネス
- ・ほか

今、申しましたように、介護保険でできないとしたら、身体的負担ですね。これに対してもう一つは、精神的な負担も実は非常に大きい。私自身のご家族から聞いたものとして、「こういうのがあったらいいわね」というものを紹介しますと、例えばテレビ電話を使って、24時間のピアカウンセリング。あるいは、介護を経験した人による人生相談で、「小姑のやろう、文句だけ言いやがって何にもしない。ほんとに憎たらしい。ぜひこの恨みを聞いてほしい」など、人生相談的なもの。あるいはストレス解消のために、個別にマインドフルネスなどを指導してくれるもの。このようなことを、今まで私は当事者から伺ってきました。

認知症基本法：国と自治体関連

- ・6月に認知症基本法が可決したことにより、地方公共団体に認知症対応が義務化された
- ・新年度となる2024/4以降は、認知症対応が全国的な動きになる

鳥取県、成田市などでの介護予防活動の経験から

- ・ポストコロナはそれ以前と市民の認知症予防活動への意識が変化
:通いの場からハイブリッド化

さて、認知症基本法というものがあって、国と自治体関連で、これから更に具体化が進むと思いますが、これが可決したことによって、来年4月以降は認知症対応が全国的な動きになるはずですよ。

実は私は、ある一般社団法人の中で、鳥取県や成田市などで認知症予防の活動をやってまいりました。特に鳥取県は、平井知事という有名な知事が、県民を挙げて認知症予防をしなければ大変だと言われて、ウェブでメニューを作っているいろいろなものを作ってこれという事で、もう2年になります。このようなものを作ったり、指導してきたのですが、ポストコロナになってから、それ以前と予防活動の意識が変化しています。昔は、厚生労働省が言っていた「通いの場」。集ってみんなでおしゃべりしようというところから、飛沫感染や3密防止が当たり前になったから、ハイブリッド化してきて、ウェブを取り入れなければいけないと思います。



昔、多湖輝という有名な心理学者がいて、『頭の体操』という100万部売れた本があるのですけれども、その作者が今から何年前に、「これからの高齢者にはキョーヨーとキョーイクが必要だ」と言ったのです。「キョーヨー」とは「今日、用事がある」、「キョーイク」とは「今日行くところがある」ということで、『朝日新聞』の「天声人語」にこの言葉が出ました。つまり、高齢者対策や老人対策と言うけれども、基本は「今日用事がある、今日集うところがある」と。これが、先ほど言った通いの場という言葉の源のようなのだけれども、いつまでたってもこれは基本だと思います。

ハイブリッド化とは？

コロナは続く → 3密など大人数の場を避ける常識が出来た

- ・5類移行後、いつまでも「通いの場」（＝密）では・・・
- ・他人との距離に敏感：飛沫
- ・少人数なら・・・
- ・インターネットならまあいいか？

しかし問題は操作と双方向性の乏しさ

その中で、今言ったポストコロナ文化が変わってきているということが言いたかったわけですね。コロナは続きますし、これからずっと、インフルエンザ同様にコロナの予防ワクチンをやるのでしょうか。ですから、3密など、大人数の場を避けるという新しい常識ができた。ですから、いつまでも通いの場ではいけない。実際に自治体の担当の方々に聞くと、みんなそのように言っています。通いの場は、もう通用しなくなっている。何よりも他人との距離に敏感ですし、それだけに少人数ならどうかというところですね。

そして、私どももインターネットを活用してきたのですが、問題は、操作が高齢者にはできないこと。もう一つは、双方向性。つまり、一方的にテレビのように向こうから言ってきて「何かやれ」ということではなくて、私が参加していて、「これはどうやってやるのですか」、あるいはやる方から「今日は朝田さん、頑張りましたね」と。「特にさっきの歌のところは、気合いが入っていましたよ。」と言ってもらわないのでは、やる気も効率も全く違います。そのようなところが、インターネット文化の中で、まだできていません。

集合トレーニング

【実施形式】

・各会場（6箇所）において、毎回コーディネータのリードの下、複数のプログラムを実施します。

・各プログラム内容は会場に設置したスクリーンに投影され、これにならうトレーニングを進めます。



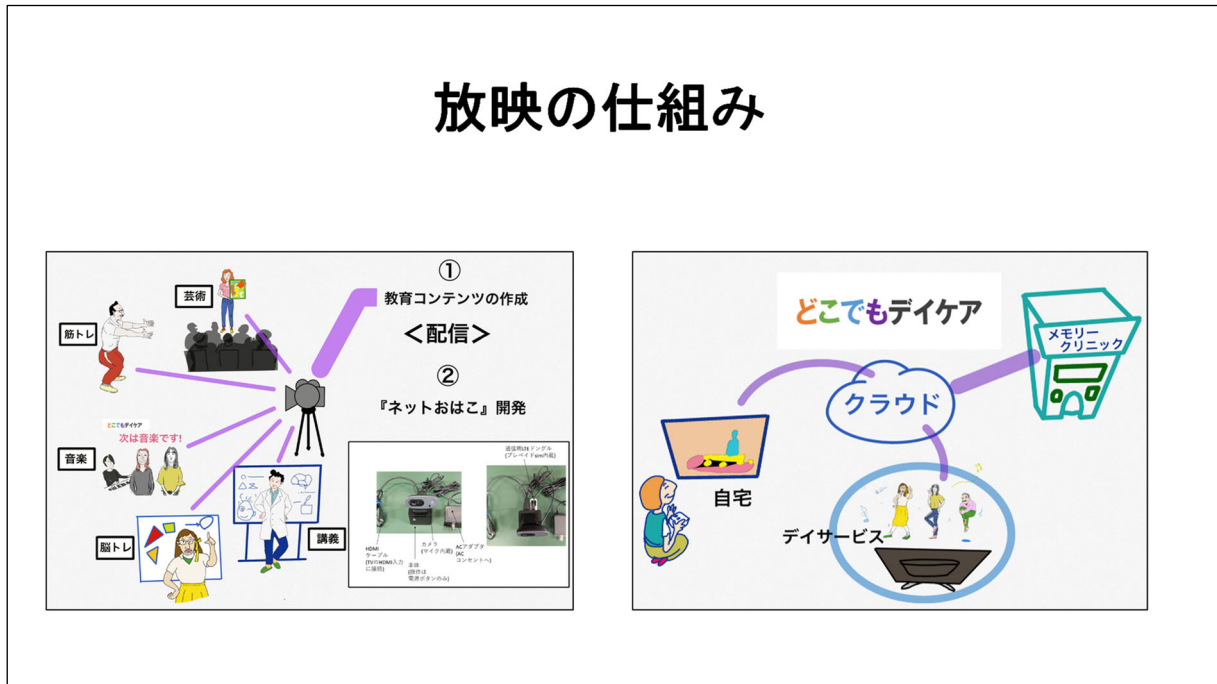
そうは言っても、先ほどの成田市や鳥取県では、このような感じで、従来の講師がいてみんなでやるのではなくて、その間を取ったような雰囲気。

IT音痴でも双方向交流できる装置 ネットオハコ



あるいは、「ネットオハコ」というものを作ったのですけれども、ネットをいじれない人でも、スイッチを一つ押すだけで、URLを操作してZoomに参加できる。そのようなものを作って、今、やっております。

放映の仕組み



その中でこれからは、リアル場でやるものとウェブでやるものとの両立がどのようになっていくかという、予防において過渡期になると思っております。

ということで、用意させていただきました資料は、終わりです。ご清聴ありがとうございました。

【司会】 朝田先生、貴重なご講演をありがとうございました。せっかくの機会ですので、会場からご質問をお受けしたいと存じます。ご質問のある方は、挙手をお願いいたします。

【質問者1】 貴重なご講演をありがとうございました。先ほど、認知症関連の死亡率が、認知症でない方に比べて約5.9倍というお話があったかと思うのですが、死因について、認知症でない方との相違や、ある症例が多いなどの傾向がありましたら、ご教授いただけますでしょうか。よろしく願いいたします。

【朝田】 一番有名なものは、アメリカで、コロナによる死亡率です。たしか2倍から4倍高いのです。やはり3密や衛生観念、あるいはクラスターの状況に近寄ってはならないなど、そのような基本的なことが分かっていないし、ご存じのように認知症の人はマスクをしません。例えばうちの診察室で、マスクをしていても、「先生の前で失礼だから」と、わざわざマスクを外して話し始める人もいます。そのようなところがあって、コロナは、最近のものとして圧倒的に高い。

あとは、がんなども高いと思います。なぜならば、初期症状を自分で自覚できない。自覚できても訴えられない。恐らくはそのようなところが一番の問題で、早期発見できなくて、見つかったときには遅いと。これは、実際に私の患者さんでもよく経験します。

【質問者1】 ありがとうございました。

【司会】 ありがとうございます。他にいらっしゃいますでしょうか。

【質問者2】 貴重なご講演をいただきまして、ありがとうございます。先ほどの認知症の方の介護の件につきまして、一つ伺いたいことがございます。先生のお話を伺った中では、在宅での介護は非常に難しいという話がある一方で、施設などで介護をしていただく状況になってくると思います。ただ、現状では、そもそも介護施設で従事する方の人手不足などの問題があるかと思いますが、先生の体感でけっこうでございますので、介護施設の従業員で見てくださる方と、実際に認知症患者の方の数の需給のミスマッチが、どれぐらい発生しているかというところを伺いたいなど。あくまで課題として、どのように捉えられているかを伺いたいというところでございます。

【朝田】 おっしゃっている質問の内容としては、増える一方の認知症。そして、いわゆる3Kということで、なかなか来てももらえない、来ても定着しない、そのようなスタッフの中のミスマッチがどれぐらいかという、数字で言えればいいのですが、私は数字については全く分かりません。足りないことはもちろんですが、われわれの業界で言われることは、コロナによって手抜きが増えたとよく言われます。よく見ている家族であれば、面会もさせてくれない、あるいはZoom面会もさせてくれない。やっとさせてくれるようになったのだけれども、お母さんの様子を見たら、爪は伸び放題。ベッドの後ろの所は、いろいろなものが積み放題。ほこりをかぶっている。「私たちが行かなくなってから全然見てないな」ということで、ある意味でコロナが悪用されているという声は、結構聞きます。

実際に見ていると、面会の許可というものが、コロナが最大のエクスキューズだったわけです。「コロナですから、だめです」と。それがぼちぼちよくなってから、玄関であれば15分間いいとか、自室で会ってもいいなど、レベルが高いというか、まだ余裕があるところほど、リアルな面会を許さないまでもテレビ電話によるものを行っているし、最近では大体コロナ以前と同じぐらいにまでなっている。ですから、私自身は、人数であり、クオリティーであり、介護の質というものは、コロナでどこまでエクスキューズするか、あるいはオープンさ、自由さがあるかということは、非常に分かりやすいなと勝手に思っています。答えになっていませんが、すみません。

【質問者2】 ありがとうございます。

【司会】 ありがとうございます。その他はございますか。よろしいでしょうか。それでは、朝田先生のご講演は、こちらで終了させていただきます。朝田先生、本日は、ありがとうございます。

【朝田】 どうもありがとうございました。