目で見るWHO

Universal Health Coverage: everyone, everywhere

“Health for All”

－第65号－

2018 春号

発行 公益社団法人 日本WHO協会

日本ＷＨＯ協会とは

公益社団法人日本ＷＨＯ協会は、世界保健機関（ＷＨＯ）憲章の精神を普及徹底し、その目的達成に協力し、我が国及び海外諸国の人々の健康増進に寄与することを目的として設立された団体です。設立より半世紀近く、関西を拠点にグローバルな視野から国内外の人々の健康を考え、行動しており、今後も積極的に目的達成のため活動していきます。

（１）　WHO 憲章精神を普及するための健康に関するセミナー等の開催及び機関誌・広報等の啓発事業
（２）　健康に関する調査研究の受託・委託及び助成並びに研究成果に基づく提言等の研究事業
（３）　国内外で健康に関する社会貢献活動を行う企業、団体並びに個人との連絡・調整・協力等の連携事業
（４）　WHO の事業目的達成に寄与するための募金活動及び募金収益の拠出並びに活動協力等の支援事業
（５）　国内外の健康の向上につながる人材の育成・援助等の人材開発事業

ＣＯＮＴＥＮＴ

ごあいさつ…… 1
沿革…… 2
ＷＨＯ憲章…… 3
●日本 WHO 協会フォーラム「認知症を考える」開催報告…… 4
開会の挨拶…… 関　淳一
「認知症とは～予防と治療～」…… 池田　学 …… 5
「認知症のひとたちの介護と社会的支援」…… 柏木一恵 …… 19
質疑応答 …… 池田　学・柏木一恵…… 26
●WHO インターンシップ体験記
「WHO 本部インターンシップ報告」…… 石川　祐実…… 29
●ロシナンテスの下で研修を受けて
「ザンビア診療所建設プロジェクトへ」…… 宮地　貴士…… 32

ごあいさつ

公益社団法人　日本 WHO 協会
理事長　関　淳一

WHO では、昨年 7 月よりテドロス新事務局長体制がスタートし、日本からは山本尚子氏が UHC*（Universal Health Coverage）及びヘルスシステム担当の事務局長補として就任されております。

昨年 12 月、東京に於いて開催された「UHC フォーラム 2017」に際して、テドロス事務局長も来日されて、開会式でスピーチをされました。スピーチの中で、テドロス事務局長は、癌になった彼の友人が、家族の将来の生計の為に貯えた全財産を高額の治療費の為に使って治療を受けるのか、治療をあきらめて死を選ぶのかの二者択一をせまられて、治療をあきらめて死を選んだ例を挙げながら、このような、あってはならないケースは、世界で年間数百万例以上ある事実を示し、WHO が取り組むべき課題としての UHC の重要性について述べています。

私も、UHC は人類共通の目標であり、国民皆保険を実施している日本においても、現実の問題として、実行の状況について、常に考える必要があると思っております。

昨年 12 月 6 日に、当協会主催のフォーラム「認知症を考える」を開催いたしました。

人口の高齢化に伴い、認知症の人の数は、世界で 5000 万人とも推定されており今後の急増が予想されています。又、認知症は当事者だけでなく、介護する人、家族、そして大きくは社会に対して、極めて大きな負担をかけています。

今回のフォーラムでは、講師として大阪大学精神医学科の池田学教授と浅香山病院の精神保健福祉士の柏木一恵先生に御講演頂き、現在の認知症に関する正しい知識を分り易く話して頂きました。

今回、当機関紙 65 号を発行するに当り、そのご講演録を掲載させていただきました。是非、御一読頂きたいと思います。講師をお努め頂きました御二人の先生に、この場を借りまして、改めて厚くお礼を申し上げます。

また今回は昨年 9 月から 3 か月間に亘り、ジュネーブの WHO 本部に於いて、インターンシップを経験されました、石川祐実様に、その時の貴重な経験について、ご寄稿頂きました。

また、この度、秋田大学医学部 3 年の宮地貴士様に、アフリカのザンビアでの、診療所建設プロジェクトに参加された非常に貴重な経験についてご寄稿頂きました。

これらの若い方々の若さに溢れたレポートを一人でも多くの若い人たちに是非読んで頂きたいと強く思いました。

今回「目で見る WHO」第６５号を発行するに当り、ご協力を頂きました皆様に心からお礼申し上げます。

（平成 30 年 2 月）

* UHC とは「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味し、すべての人が経済的な困難を伴うことなく保健医療サービスを享受することを目指しています。

(公社)日本 WHO 協会の沿革

1948　［「WHO 憲章」が発効し、国連の専門機関として世界保健機関（WHO）が発足する。］
1965　WHO 憲章の精神普及を目的とする社団法人日本 WHO 協会の設立が認可された（本部京都）。
　　会報発行、WHO 講演会等の事業活動を開始。
1970　青少年の保健衛生意識向上のため、作文コンクール事業を開始。
1981　老年問題に関する神戸国際シンポジウムを主催。
1985　WHO 健康相談室を開設、中高年向け健康体操教室を開講。
1994　海外の WHO 関連研究者への研究費助成事業を開始。
1996　WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター）開設。※
1998　京都にて WHO 創設 50 周年シンポジウム「健やかで豊かな長寿社会を目指して」を開催。
2000　健康フォーラム 2000 をはじめ、全国各地でもフォーラム事業を展開。
2006　事務局を京都より大阪市に移転。定期健康セミナー事業を開始。
2007　財団法人エイズ予防財団（JFAP）のエイズ対策関連事業への助成を開始。
2008　事務局を大阪商工会議所内に移転。
2009　「目で見る WHO」を復刊。パンデミックになったインフルエンザに対応し対策セミナーを開催。
2010　HWO 神戸センターのクマレサン所長を招き、フォーラム「WHO と日本」を開催。
2011　メールマガジンの配信を開始。
2011　公益社団法人に移行。
　　世界禁煙デーにあたって HWO 神戸センターのロス所長を招き、禁煙セミナーを開催。
2012　公益社団法人に移行
2013　第 5 回アフリカ会議公式氏サイドイベントとしてフォーラムを開催。
2014　WHO 本部から発信されるファクトシートの翻訳出版権を付与される。

第二次世界大戦後の硝煙さめやらぬ 1946 年 7 月 22 日、世界の 61 カ国がニューヨークに集い、すべての人々が最高の健康水準に達するためには、何をすべきかを話し合い、その原則を取り決めた憲章が採択され、1948 年 4 月 7 日国連の専門機関として世界保健機関 WHO が発足しました。

当協会はこの WHO 憲章の精神に賛同した人々により、1965 年に民間の WHO 支援組織として設立され、グローバルな視野から人類の健康を考え、WHO 精神の普及と人々の健康増進につながる諸活動を展開してまいりました。

歴代会長・理事長、副会長・副理事長（在職期間）

会長・理事長

中野種一郎(1965-73)
平沢　　興(1974-75)
奥田　　東(1976-88)
澤田　敏夫(1989-92)
西島　安則(1993-06)
忌部　　実(2006-07)
宇佐美　登(2007-09)
関　　淳一(2010-)

副会長・副理事長

松下幸之助(1965-68)
野辺地慶三(1965-68)
尾村　偉久(1965-68)
木村　　廉(1965-73)
黒川　武雄(1965-73)
武見　太郎(1965-81)
千　　宗室(1965-02)
清水　三郎(1974-95)
花岡　堅而(1982-83)
羽田　春免(1984-91)
佐野　晴洋(1989-95)
河野　貞男(1989-95)
村瀬　敏郎(1992-95)
加治　有恒(1996-98)
坪井　栄孝(1996-03)
堀田　　進(1996-04)
奥村　百代(1996-06)
末舛　恵一(1996-04)
中野　　進(1998-06)
高月　　清(2002-06)
北村　李賢(2002-04)
植松　治雄(2004-06)
下村　　誠(2006-08)
市橋　　誠(2007)
更家　悠介(2008-12)

「WHO 憲 章」

世界保健機関（WHO）憲章は、1946 年 7 月 22 日にニューヨークで 61 か国の代表により署名され、 1948 年 4 月 7 日より効力が発生しました。 日本では、1951 年 6 月 26 日に条約第 1 号として公布されました。その定訳は、たとえば 「健康とは、完全な 肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである」 といったように格調高いものです。日本 WHO 協会では、21 世紀の市民社会にふさわしい日本語訳を追及し、理事のメンバーが討議を重ね、以下のような 仮訳を作成しました。 （日本 WHO 協会理事　中村　安秀）

THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.
The achievement of any States in the promotion and protection of health is of value to all.

Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.

Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.

The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.

Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

ACCEPTING THESE PRINCIPLES, and for the purpose of co-operation among themselves and with others to promote and protect the health of all peoples, the Contracting Parties agree to the present Constitution and hereby establish the World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations.

世界保健機関憲章前文（日本 WHO 協会仮訳）

この憲章の当事国は、国際連合憲章に従い、次の諸原則が全ての人々の幸福と平和な関係と安全保障の基礎であることを宣言します。

健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが 満たされた状態にあることをいいます。

人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつです。

世界中すべての人々が健康であることは、平和と安全を達成するための基礎であり、その成否は、個人と国家の
全面的な協力が得られるかどうかにかかっています。

ひとつの国で健康の増進と保護を達成することができれば、その国のみならず世界全体にとっても有意義なこと
です。

健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なると、すべての国に共通して危険が及ぶことになります。

子供の健やかな成長は、基本的に大切なことです。そして、変化の激しい種々の環境に順応しながら生きていける力を身につけることが、この成長のために不可欠です。
健康を完全に達成するためには、医学、心理学や関連する学問の恩恵をすべての人々に広げることが不可欠です。

一般の市民が確かな見解をもって積極的に協力することは、人々の健康を向上させていくうえで最も重要なことです。

各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。

これらの原則を受け入れ、すべての人々の健康を増進し保護するため互いに他の国々と協力する目的で、締約国はこの憲章に同意し、国際連合憲章第 57 条の条項の範囲内の専門機関として、ここに世界保健機関を設立します。

●日本 WHO 協会フォーラム「認知症を考える」開催報告

世界では 4,700 万人の認知症患者が推測され、認知症の人が安心して暮らせる地域社会を創るためには、認知症に対する理解を深め、地域の人々の連携が大切です。

平成 29 年 12 月 6 日に大阪歴史博物館においては、大阪国際がんセンター総長の松浦成昭氏の司会により、フォーラム「認知症を考える」を開催致しました。

質問に答えられる池田先生（左端）と柏木先生と司会の松浦先生

開会の挨拶をする関理事長

「認知症を考える」フォーラムの開会挨拶

日本ＷＨＯ協会理事長　関　淳一

本日はお忙しい中、私たちのフォーラムにご参加いただき、ありがとうございます。本日のフォーラムのタイトルは「認知症を考える」です。大阪大学精神医学教室の池田学先生、浅香山病院で精神保健福祉士をされている柏木一恵先生を講師としてお招きし、講演していただくことになりました。

近年、認知症について連日メディアで取り上げられるようになりました。以前は痴呆とか痴呆症、高齢者であれば老人性痴呆とか言っておりましたが、特徴的な症状は物忘れとか徘徊ということで記事になっております。今は痴呆症と言うよりは認知症が正式な用語になっていて、後ほどのお話にも出てくると思いますが、これはよいことだと思います。痴呆症というと老人のバカが歩いているような響きがありましたが、認知症はそうではないわけです。日本はすでに超高齢社会にあり、高齢者の数が非常に増えて 4 人に 1 人が 65 歳以上。ある調査によると 60 歳を過ぎると、ほとんどの人は物忘れが多くなります。私自身もそうで、特に固有名詞が出てこないと言う様なことはしばしば経験します。そのたびに認知症が始まったのかと感じる人もおられるようですが、最近の精神医学の分野の進歩は非常に著しいものがあり、年齢に伴う物忘れは全く避けることができない、誰にも起こってくる通常の現象のようです。また、認知症にも様々な症状を示すいろんな病態があるということです。今日高齢化の進行に伴い認知症問題は、世界的な課題となっています。昨日に WHO 本部から出たファクトシートによると、認知症は認知症の患者自身だけでなく、介護者、家族、そして大きくは社会全体にとって身体的あるいは心理的、経済的な影響を及ぼしているとしております。また、WHO の研究機関である WHO 神戸センターでも昨年から認知症を取り上げて神戸大学との共同研究で「認知症の早期発見、早期介入」をテーマに、神戸モデルをつくろうという研究をスタートしています。本日は長い間にわたり認知症について研究をされ、今もなお現場で認知症に関連する仕事をされているお二人の先生のお話を聞く機会を得ることができました。私たちも認知症について改めて考える機会にしたいと思います。ぜひ最後までご清聴いただきたいと願っております。

●日本ＷＨＯ協会フォーラム「認知症を考える」　講演録

認 知 症 と は

～予防と治療～

大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座

精神医学　教授　池田　学

Manabu IKEDA

1984 年　東京大学理学部卒業
1988 年　大阪大学医学部卒業
1993 年　東京都精神医学総合研究所
1994 年　兵庫県立高齢者脳機能研究センター研究員兼医長、
1996 年　愛媛大学医学部精神科助手
2000 年　ケンブリッジ大学に留学
2007 年　熊本大学医学系大学院教授
2016 年 5 月より現職

●はじめに

皆さん、こんにちは。大阪大学精神科の池田です。本日は「認知症の予防と治療」という宿題をいただきました。まず基本は認知症を正しく理解していただくことだと思いますが、今の専門医療の中で認知症がどのように考えられていて、どこまで分かっていて、何が分かっていないのかについて伝えたいと思います。資料の最初に私が執筆した中公新書『認知症』を掲載していただいて恐縮していますが、これは 10 年近く前の本ですが、大事なところは変わっていないので、参考にしていただきたいと思います。

私は 1 年前に大阪大学に戻ってきたのですが、私の部屋からこの写真の景色が見えます。大阪大学の医学部はもともと中之島にあって、私は大学院の時代までずっと中之島で育ちましたので、吹田キャンパスは昨年着任した時が初めてです。

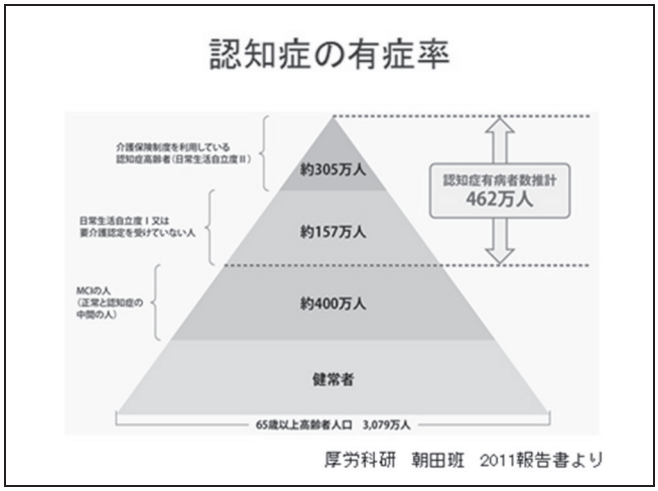
写真に大阪万博当時に建設された千里ニュータウンの団地が写っていますが、当時の最新技術で建設されたマンションに住んでいた若い家族の皆さんが、年をとって認知症になって一人で住んでいる方が激増しています。全国的に見れば都会なのですが、都会の中でも認知症の問題がクローズアップされています。高島平という東京のニュータウンの走りとも言われる古くなった大規模団地でも、高齢化率が 40%を超えています。ですから、高齢化と認知症問題は都市部にお住いの皆さんにとっても非常に身近な問題だというように捉えていただきたいと思います。

●認知症の有症率

認知症の方はどれくらいいるのでしょうか。2011 年に厚生労働省のチームが全国 10 カ所ほどで今の診断技術をフルに動員し、何人くらい認知症の方がいらっしゃるのかの推定値を出そうと調査をしました。

その当時、じつに 462 万人が認知症を患いながら生活しているという実態が明らかになりました。この調査の前は、230 万人程度が認知症患者だろうと言われていたので、この調査結果で激震が走ったわけです。「認知症 500 万人時代がやってきた」として全国紙の 1 面に、このニュースが 1 週間くらい載り続けました。我々のように認知症あるいは精神医療の最前線にいる者たちは、なぜ認知症の方のための介護サービスが足りないのかとずっと思ってきのですが、この数字を見て腑に落ちたというわけです。政府は 230 万人を想定した上で様々なサービスの計画をつくってきたが実際の患者数は 2 倍であったわけで、サービスが不足して当然ということになります。この時点で分かった

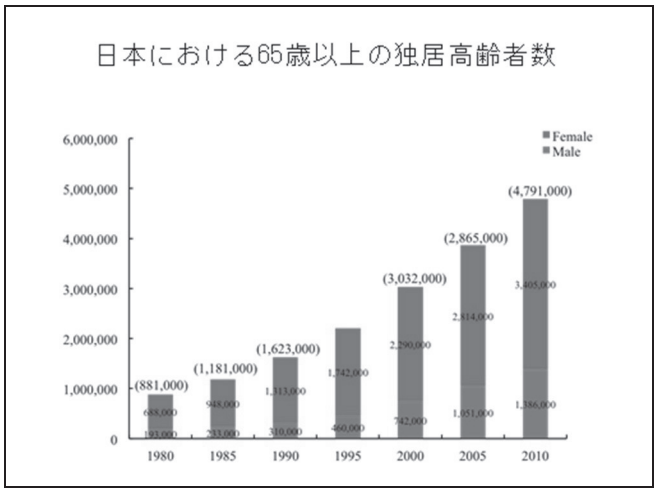
ことは良かったと思っています。少し手遅れの感もありますが、これから 20～30 年はこのデータを使っていろんな施策が打ち出され、我々が認知症になった時にはおそらくこのデータをもとに様々なことが整備されているだろうと思います。



ただ気をつけておかないといけない点が何点かあって、その 1 つは 230 万人という推計値を出したのが 1990 年代のデータであることです。その頃はバブルが崩壊する前で、日本に最も勢いがあった頃。患者さんの数が多ければサービスや施設を増やせばいいといった単純な発想で行けた時代だったわけです。しかし今はそんな経済情勢では全くありません。だから認知症患者が非常に多いというデータが出たとしても、それに見合ったサービスや施設、ヘルパーさんなどを増やそうとすること自体が無理な時代だということです。もう 1 つは、実際に介護に直接的あるいは間接的に携わる若い世代の人口がすでに減ってきています。認知症の方々は恐らく 2045 年頃まで増え続けるだろうと言われています。非常に少ない若い人たちが多くの認知症高齢者を支えていかなければいけないというのが日本の近未来像であるわけです。そこでＷＨＯや大学、政府機関を含めて現在、認知症問題に取り組んでいるということになります。

この推計値でいけば今の 2017 年時点では認知症の方は 500 万人以上いることになります。もう 1 つ、この調査で分かったことは 400 万人のグループです。462 万人の下に 400 万人の方のグループがあるのですが、このグループは認知症の予備軍です。英語表現で Mild Cognitive Impairment（MCI）が正式名称で、軽度認知障害と呼ばれています。専門家たちは頭文字をとってＭＣＩと呼んでいますが、例えば記憶障害だけは同年齢に人に比べて明らかに悪い。しかし他の機能は全く落ちていないから、日常生活はほぼ自立して行える。そのような方々がこのグループにあたります。ただ予備軍と呼ばれるように、年間 10%以上の方が認知症グループの方に移っていかれます。このグループの方々を早く検診などで診断させていただいて、何か予防的な介入ができないかというのが、最近の予防医学としての大きな流れになっています。

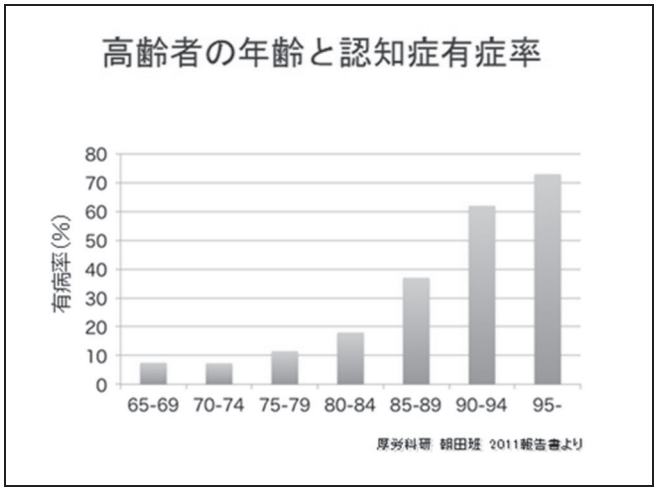
●日本における 65 歳以上の独居高齢者数

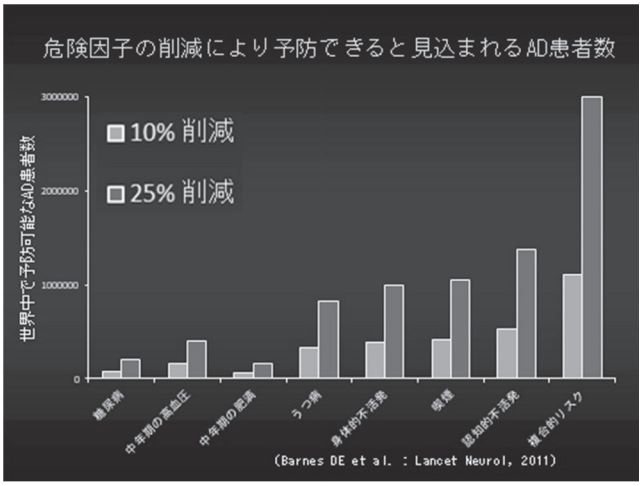


日本での認知症問題としてもう 1 つ考えておくべきことは、このグラフのように一人暮らしの高齢者が右肩上がりで増えていることです。現在、65 歳以上の高齢者が一人で住んでいる、あるいは夫婦共に 65 歳以上で二人だけで暮らしている世帯は、高齢者を含む世帯の半分以上を占めています。熊本などでは 60%以上の高齢者が一人あるいは高齢者二人だけですんでいる。一昔前のように大家族で孫子と一緒に賑やかに自宅で暮らしている方と、認知症は軽いとしても一人だけ、あるいは配偶者と二人だけで暮らしている方とは全く意味合いが違います。要するに外部からの様々な支援がないと、とてもじゃないが自宅で安全に暮らしてはいけない。昔なら家族が多いので少々の認知症が出てきたとしても十分にその人らしい生活はできたわけです。今の日本ではそうした社会構造になっていないわけで、その辺りをきちんと考えていく必要があります。

●高齢者の年齢と認知症有症率

認知症は 1 つの病気ではありません。多数の病気が認知症の原因となりうることは重要です。したがって、様々な





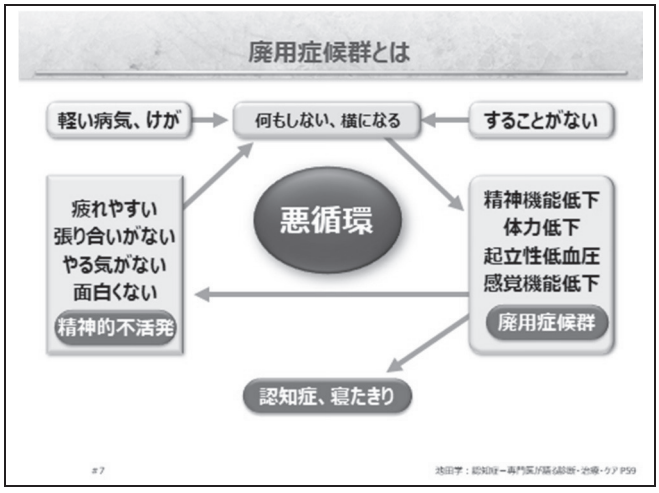
リスクファクター、危険因子があります。例えば脳梗塞のリスクファクターなら糖尿病や高血圧などです。そうしたものがいろいろあるのですが、共通で最大のリスクファクターはエイジング（加齢）です。この表は先ほど触れた調査で分かった年齢別の認知症の割合、認知症有症率です。65 歳から 5 歳刻みで示していますが、5 歳経るごとに認知症有症率は倍々と増えていきます。これは昔からどこで調査しても大体同じような結果が得られています。ですから、いわゆる後期高齢者が増えてくると、認知症の方の人数が激増すると言われています。そして日本では既にここが増え始めています。今後さらに爆発的に認知症の方が増えていくことが予想されます。残念ながらエイジングは予防できません。この部屋にいる方を含めて人間として共通の自然現象であり、これはどうしようもない。予防できないわけで我々は受け入れるしかありません。ただそれ以外の危険因子は十分に予防できる可能性があるのです。

どんな危険因子があるかというと、このグラフにあるように例えば喫煙やうつ病などです。こうしたものが若い頃からコントロールできていないと認知症、とくにアルツハイマー病になりやすいということです。そして認知的な不活発とか身体的な不活発、家の中に引きこもってしまい社会との交流がなくなって会話も運動もしなくなることも危険因子です。右端に複合リスクというものがありますが、これら全部を合わせた危険因子の 25%を世界中で減らすことができると、300 万人のアルツハイマー病発症を予防できるということをこのグラフは示しています。

これらの危険因子は加齢と異なり、我々の心がけで予防できることが重要です。皆さんもすぐに予防できるものがいくつかあると思います。こうしたことを元気なうちから心がけてコントロールしていくことが、じつは認知症予防の一番の近道なのです。ここの複合リスクが示しているように認知症はある危険因子が 1 つコントロールできれば、管理できればすぐに認知症にならずに済むというものではありません。今までに出ているデータでは、これら多くのものが重なって認知症になると言われています。これら全てについて普段から少し気をつけることはそんなに難しいことではないので、元気なうちから取り組んでいただきたいと思います。じつはすでにイギリスなどでは、認知症患者が減ってきたというデータが出ています。イギリスは医療にお金をかけないことでは有名な国であり、日本より 20 年くらい前からずっと「予防が大事」だとやってきたわけです。イギリスだけでなくヨーロッパのいくつかの国でも認知症患者が減ってきているというデータが出ていますので、日本の我々としても身近なこうした問題をきちんと管理することによって、認知症にならない人を増やしていきたいと思っています。

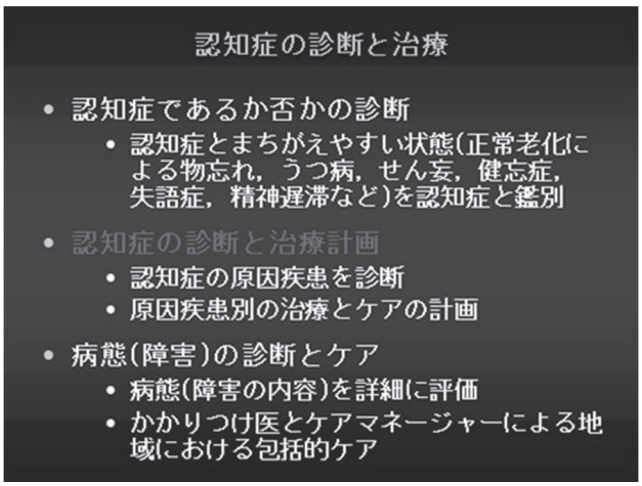
●廃用症候群とは

認知的な不活発とか身体的な不活発とはどんなものかというと、医学的には廃用症候群と呼びます。これはリハビリの分野から出てきた概念で、とくに高齢者の場合に例えば骨折の手術を受けてから直ぐに歩行訓練を始めないと、骨折箇所がきれいにくっ付いたとしても筋力が衰えて歩くことができなくなって、病院から車椅子で帰ることになってしまうという反省に基づいています。だから今では、麻酔から覚めてうつらうつらしている段階から歩行訓練が始まっています。それはこの廃用症候群を防ぐためです。



それは体だけではなくて脳も同じであります。例えば些細なけがや骨折から始まっても、何もせず安静にしているとだんだん体力が低下するだけでなく、やる気がなくなってきて外へ出ていかなくなります。とくに寒い時期などは高齢者の方が一人で家に閉じこもってしまう。一人か二人で住んでいる高齢者も増えていて、しゃべることもない。そうなるとこの悪循環がどんどん回っていくわけです。2～3 カ月もすると認知症になってしまう。あるいは寝たきりも合併している。そうしたことが実際の家の中で起こっている。これを地域の力や家族、親せき、かかりつけ医などを含めた周りの人たちが皆で協力してこの悪循環を断ち切っていくことが 1 つの方向性だろうと思います。

●認知症の診断と治療



予防の話から今度は認知症の診断、治療という具体的な話をします。専門医と呼ばれる人たちのところに認知症が疑われるという高齢者が来られた時に、どんなステップで診察をしていくかについて示します。ここに示すように 3 段階、これらは並行して診察させていただくわけですが、いちばん大事なところは「認知症であるのかどうか」。例えば大学病院である阪大病院などでは、基本的には紹介状がないと受付を通れません。だから例えばかかりつけ医の先生が、自分のかかりつけの患者さんは最近物忘れが多くなっておそらくアルツハイマー病だと思うのできっちり診断して早く治療計画を立ててほしい、といった手紙を付けてくれます。あるいは家族が認知症だと信じ込んでいて予防対策を含めて教えてほしいと来られるとか、担当のケアマネージャーが認知症患者の精神症状が最近悪化していて興奮が強いので治療をしてほしいと紹介してくださる。じつはそのような患者さんですら、その 20%は本物の認知症ではありません。これはどこでも同様です。私の前任地の熊本でも、その前の愛媛の大学病院でもそうですし､あるいは行政の物忘れ相談に関わった時でも大体 20%は本物の認知症ではないのです。正常老化による物忘れとか、老年期のうつ病とか、軽い意識障害のせん妄とかは、認知症とそっくりな状態像になります。非常に見分けにくいです。認知症の軽い方ほど区別がつきにくいので、まずは専門医にかかっていただいてボタンの掛け違いをなくすことが、認知症医療の一番の課題だと思います。早期診断はもちろん大事なのですが、まずその前に鑑別診断です。うつ病と認知症とは治療法が全く違います。うつ病はきちんと治療すると、かなりの人は元どおりの状態に戻っていただけますので、そこでボタンの掛け違いをすると大変なことになります。今日も外来で私のところに受診に来られた人はたぶん若年性アルツハイマー病だと思われますが、じつは物忘れが始まって会社でミスをするなど、仕事で従来の自分のパフォーマンスができなくなってきました。非常にプライドが高い人で、家でも奥さんと仕事に関して復習をしてきたそうです。ストレスが重なって実際にうつ状態にもなっているのですが、初めて行った心療内科のクリニックでうつ病と診断され、うつ病の薬をいっぱい渡されました。それでもうつ病の症状が続くというか、逆に悪化していったため、奥さんが老年精神科の専門医に相談しようと受診。その専門医の先生が診てうつ病は疑わしいということから私のところを紹介され、診察に来られたわけです。うつも確かにあるのですが、それよりずっと前から微妙な物忘れが起こってきていて、しかもだんだん進んでき

ている。まだ何の検査もしてないのですが、おそらく若年性のアルツハイマー病だと思われます。うつ病とアルツハイマーでは今後の経過も違うし、会社との就労に関する交渉も変わってくるので、その最初のボタンの掛け違いのところが非常に重要だということを覚えておいてください。

●「認知症」と「正常老化による物忘れ」との違い

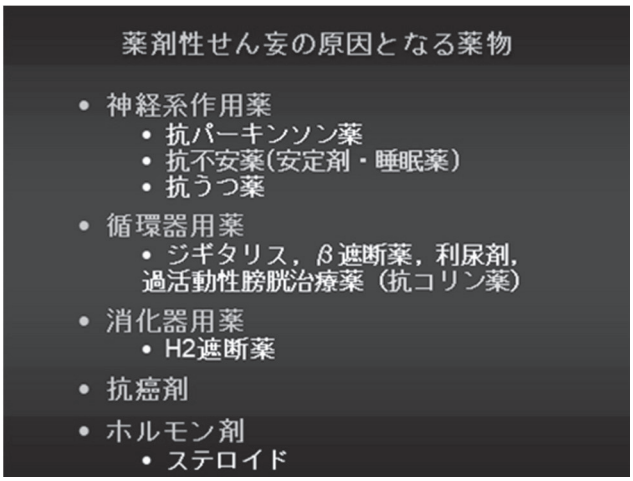
	認知症	正常老化による物忘れ
原　　因	病気により生じる	加齢により生じる
自覚（病識）	な　　し	あ　　り
記憶障害	経験自体を忘れる	咄嗟に思い出せない
社会生活	営むのが困難	支障がない
精神症状や行動障害	伴うことが多い	な　　し

うつ病だけでなく、認知症を心配する元気な高齢者の方もいっぱい受診されます。若い頃に比べると確かに物忘れがあると思われますが、それは正常な老化です。この会場のほぼ全員は、この私も含め記憶に関しては下り坂にあると思います。人間の記憶力は 20 歳前後がピークだと言われます。認知症と正常老化による物忘れとはどこが違うかというと、自分の物忘れに対して自覚があるかどうか。認知症の人は症状が軽くても、だんだん自覚が薄れてきます。だから一人で受診される方はめったにありません。先ほど話した予備軍（ＭＣＩ）の方は一人で受診されることもよくあります。残念ながら認知症になってしまうと、なかなか自覚が生まれないので、他の誰かが苦労しながら連れてくることが大部分です。私のところに今日来られた方も、奥さんが半年間説得を重ねてやっと受診に結びついたということです。あまり難しい検査はいらなくて、この辺りだけ丁寧に診させていただいても認知症かどうかの鑑別はかなりの確かさでできるのです。

●せん妄（意識障害）

認知症とよく似た状態の「せん妄」という状態があります。これは軽い意識障害で、気を失うようなものではありません。例えばお父さんが深酒をして夜中に酔っぱらって帰宅し靴を履いたまま眠っていたが、翌朝に家族から怒られてもどう帰ってきたかも分からない。そんな感じの意識障害で、ある程度のまとまった行動をします。例えば環境が変わっただけでも起こる。施設に入るとか病院に入院すると、急に夜中に人がこっちを監視していると言って興奮して、施設関係者や看護士さんを呼びに来る高齢者の人がいます。ところがスタッフが駆けつけても何も見えない。この幻を幻覚の中でも幻視と言います。こうした状況が高頻度に起こってきます。もちろん意識障害だから次の日には覚えていません。

●薬剤性せん妄の原因となる薬物



せん妄は環境が変わっても起こるわけですが、もう１つ起こりやすいのが薬です。例えばパーキンソン病という体の動きが遅くなる神経難病への薬とか、うつ病の薬もせん妄を起こしやすい。神経系作用薬が起こしやすいわけですが、いちばんリスクの高い薬が抗不安薬、いわゆる精神安定剤、睡眠薬です。これを高齢者の人が不適切な飲み方をするとか必要以上に飲むと、非常に高い確率でせん妄状態が起こります。また、こうした薬は筋肉をほぐす作用、リラックスさせる作用があります。だから若い人が飲むとストレスも解消されて、肩こりにもよく効きます。ところが年配の人がこれを飲んで夜中にトイレに行くとすると、筋弛緩作用があるので足元がふらついて行き帰りに転倒して骨折を起こします。あるいは頭を打って慢性硬膜下血腫という病気になって、本格的な認知症になっていくという方が非常に多いので、筋肉をほぐす作用のある少し古いタイプの睡眠薬は、認知症患者でなくとも高齢者にとって非常にリスクが高いと思ってください。ただ神経系の薬だけでなく、通常の内科薬もせん妄を起こす可能性があります。例えばβブロッカという循環器系の薬です。また、足のむくみをとるような強力な利尿剤を飲むと電解質のバランスが急激に変わることで、せん妄が起こる。最近多いのは

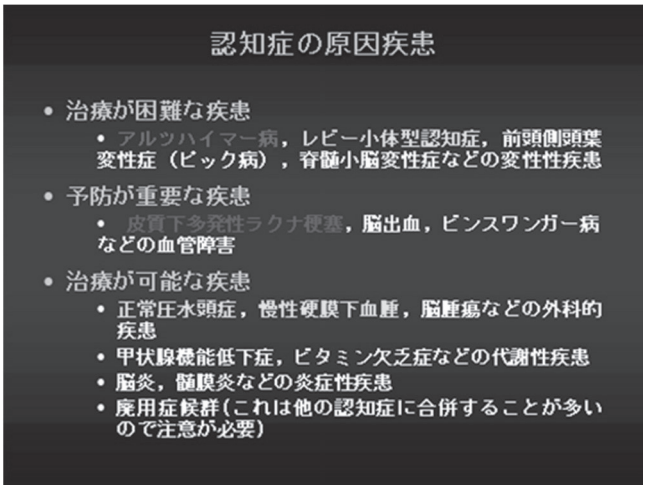
頻尿の薬です。何遍もトイレに行ってしまうので泌尿器科に行ったら、急に物忘れが始まったという人が結構多いようです。頻尿の薬は抗コリン作用があります。アルツハイマー病の初期にはアセチルコリンという物質が減っていくのが特徴です。今発売されているアルツハイマー病の薬の多くはアセチルコリンを増やしていく薬です。ところが頻尿の薬は逆にアセチルコリンを減らす薬で、認知症の治療と全く逆のことをしているわけです。こうした意識障害、認知機能の悪化を起こしやすい薬をなるべく飲まない、あるいは本当に必要であれば医師の指示通り最小限にすることが重要なので、急に認知機能が悪化した場合やせん妄症状が起こってきた場合は、薬がその直前に変わっていないかどうかをぜひチェックしていただきたいと思います。そして複数の病院に行く場合は、必ず紹介状を持っていく癖を付けてください。１つの病院だったら先生が慎重に処方されて安全な量でも、複数の病院から似たような薬が出ていると、あっという間に必要量の倍を飲むようになるので、複数の病院に行く時は必ず紹介状をもって訪れ、薬の内容を医師と相談することを習慣づけていただきたいと思います。

●認知症の診断と治療

今話したように認知症に似たような状態が隠れていないかを、まず慎重に調べていく。そういうものがなければ、例えば今日私のところに受診に来られた方は認知症だろうということになります。そこまでいくと今度は認知症の原因となる病気を見つけていきます。これも非常に大事なポイントで、皆さんもご存知だと思いますが認知症とは１つの病気ではありません。これは状態像で、多くの病気が認知症の原因となります。原因が違えば治療法も違ってきます。認知症といって、一括りには絶対にしないと考えていただければと思います。

●認知症の原因疾患

例えばこれは大阪大学医学部の４年生、医師の卵の学生さんたちに系統講義で覚えてもらう認知症の原因疾患です。これくらいは覚えないと、国家試験に通りません。まれな神経難病まで入れるとこれの３倍くらい、認知症を起こす病気があると考えられています。ただ代表的なものは大体こんな感じです。大きく３つのグループに分けられます。

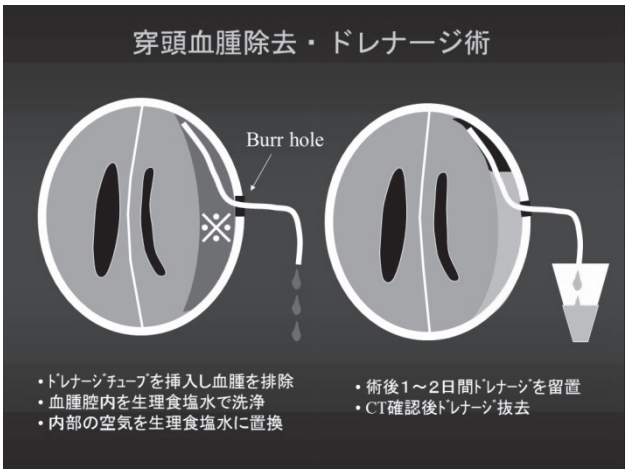


今の医療のレベルでは残念ながら根本的な治療まではできないグループというのが確かにあります。その代表がアルツハイマー病であり、本日も詳しく説明したいと思います。時間があれば話そうと思っているのがレビー小体認知症で、これも認知症全体の５分の１くらいの患者さんがいると言われる数が多い病気です。これらは神経変形性疾患といわれ、原因がいまだに分からない、脳のある場所が痩せていく病気です。そして２番目は今日の主題でもある、早く見つければ予防ができる認知症です。これは大部分が脳の血管の障害による認知症で、血管性認知症と言います。要するに脳梗塞を起こさなければ認知症にならない、脳梗塞が再発しなければそれで止まるわけですから、十分に予防ができるという点で重要です。アルツハイマー病に次いで血管性認知症が多いです。３番目のグループは今の医療のレベルでも十分元どおりに治っていただける可能性のある認知症で、これが大体 15%くらいを占めると言われています。このグループの病気はいっぱいあって、それら全部を合わせて 15%くらいなので、それぞれの病気の患者数はそんなに多くないのですが、とにかく早く見つけたらほぼ元どおりに治る認知症もあるということを覚えておいていただきたいと思います。だからこそ早期診断が大事だということなのです。早期診断をしないと、このグループの認知症もほとんど治りません。このグループこそ、早期診断して早期治療を始めることが重要になります。

●治療が可能な認知症

まず一番下の治療ができるグループから話します。その代表的な病気が慢性硬膜下血腫です。これは脳を輪切りにした図ですが、この白い輪が頭蓋骨です。この大きい赤い

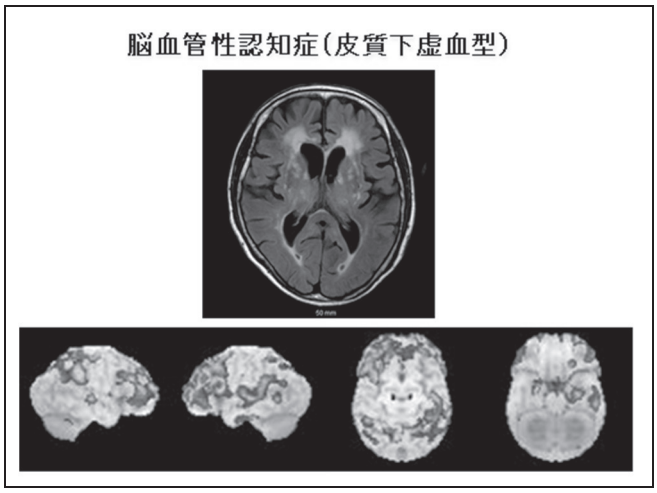
部分(※)が血の塊です。脳と頭蓋骨の間の細い血管が、例えばちょっと転んで頭をぶつけた時に細い血管が破れて、血が 1～2 カ月止まらなかった場合にこのような塊になって急に症状を起こすことになります。私のところにも年に 4～5 人はそんな状態の人が来られます。



これは実は簡単な手術で治ります。脳外科医になると一番初めにさせてもらえる手術の一つです。ドリルのようなもので頭蓋骨に小さい穴をあけてストローを通して血腫を吸い出し、生理食塩水で置き換える。1 週間くらい再出血しなければそれで完了です。この状態は重要な分かれ目で、発見が遅れると脳がどんどん膨れていってヘルニアを起こしてしまいます。脊髄が入っている穴のところに脳が食い込んでしまうと命は終わり。この状態ではいつ亡くなっても不思議はないので、早く見つけて早く治療を始める必要があります。ただ見つけさえすれば、簡単な手術で完全に元どおりに治るというような認知症です。だから、早期発見と早期治療が大原則です。急速に症状が悪化した場合は、念のため専門医に受診していただきたいと思います。

●予防が重要な認知症

2 番目のグループが今日の主題でもある「予防」ができるグループです。これは血管性の認知症です。脳梗塞や脳出血など脳の血管障害の後遺症として認知症が残った場合、血管性認知症と呼ばれます。じつは診断が難しいのです。なぜかというと、患者さんによって脳梗塞が起こる場所も違えば数も違うし、大きさも違うわけです。だから患者さんそれぞれで症状もかなり違うので、アルツハイマー病のような一定の経過で悪くなっていくような病気に比べたら診断が難しいのです。ただ我々日本人、アジア人に圧倒的に多いのがこの図のようなタイプなのです。



この写真は皮質下虚血型と書いてありますが、これも脳を水平に見たものです。この人の場合、このように脳の奥に一杯穴が開いています。要するに細い血管が詰まってできた古い脳梗塞の跡が残っているわけです。この白い部分も血の巡りが悪くなって、脳梗塞になりかけているところです。このように細い血管が詰まって、脳の奥の方の具合が悪くなるという血管性認知症が我々には圧倒的に多いのです。脳の奥の方の血管が詰まると、神経の回路の関係で前頭葉と言われる脳の前の部分の元気がなくなります。下段の左 2 つが横から見た脳の血流の図ですが、前の部分の元気がなくなってくるのが特徴です。

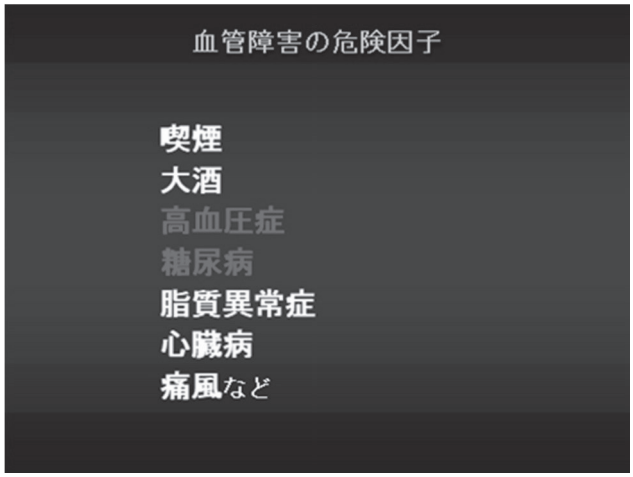
前の部分元気がなくなると、どうなるのか。このスライドの婦人は例えばお嫁さんやヘルパーさんが横に付いてちょっと掛け声をかけると、炊事も洗濯も完璧にできます。ところが一人にしておくと決して主人のために献立を考え、買い物に行って、帰宅して調理をするということはしません。ご主人もだんだんイライラして、「お前も昔は愛情があったのに、俺のために料理も作れないのか」と怒り始める。これは全くの逆効果です。このご婦人、おばあちゃんは細い血管が詰まって血管性認知症の状態になって、前頭葉の血流が低下しているので意欲がわかない。そして、専門用語になりますが実行機能が衰えます。実行機能とは要するに段取りです。女性が調理をすることは相当な複雑な行為といえます。最近食べたメニューを考え、重ならないように献立をつくるわけです。冷蔵庫にある材料を見て足りないものを買いに行く。そして今晩食べる人数を考慮して量を決めて、実際の料理をする。非常に複雑な段取り

が必要になります。前頭葉の血流低下によって、そうしたことが真っ先に衰えてくるのが血管性認知症の特徴です。だから、この状態で見つけていただくことが重要になります。

●廃用性症候群とは

こうした状態を見過ごしてしまうと、先ほど触れた廃用症候群になるわけです。横になっている間に体力もなくなり、ますます家に閉じこもる。じつはこの状態でなかなか受診につながりません。我々専門家も含めて日本人の認知症のイメージはアルツハイマーなのです。これにはマスコミの影響もあるしアメリカの影響もあると思いますが、認知症といえばまず物忘れから始まって、しばらくすると道に迷い始めるとか妄想が出てきて非常に活発に動くといったイメージが、皆さんにも患者さんの家族にもあると思うし、かかりつけの先生にもあると思います。こういう状態になっても、うつ病と間違えられることはあっても初期の認知症だとはなかなか疑いをもたれない。せっかくこの悪循環を断ち切ることができる状態であっても見逃されてしまいます。この悪循環をどう断ち切っていくかと言えば、これこそ様々な介護のサービスをフルに使って、専門家に短期間で活動性を上げてもらうこと。そのことで十分に治っていける状態なわけです。

●血管障害の危険因子



もう１つ予防していただきたいのがこちらです。脳の血管の病気ですから、高血圧とか糖尿病とか、コレステロールが高くなる脂質異常症などを徹底的に管理する必要があります。要するに次の脳梗塞をつくらないようにすることです。こちらの方は、かかり付け医の先生は大抵気付かれています。薬も出ているのですが、大事な点は薬が指示通りに飲めていないこと。軽い物忘れがあると、複数の薬を朝昼晩と飲み分けることができません。これは非常に難しいことです。私自身も高血圧とコレステロールの薬を飲んでいますが、朝飲むたった２つの薬でも朝ドラを一生懸命見ていたら飲んだのか飲まなかったのかを忘れて、ごみ箱をあさって薬の殻を探さないと思いだせないこともあります。６つも７つも飲んでいる高齢者が軽い物忘れを患うと、まず医師の指示通りには飲めていません。きちんと薬が飲めているかどうかを見きわめてみることも、血管性認知症の予防にとって非常に大きなポイントになります。高血圧や糖尿病をきちんと管理できること、廃用症候群をきちんと予防できるような環境を整えること。こちら（危険因子の管理）が医療、こちら（環境調整）が福祉・介護の担当ですが、この両方がきちんと整備できれば十分に予防ができると思います。

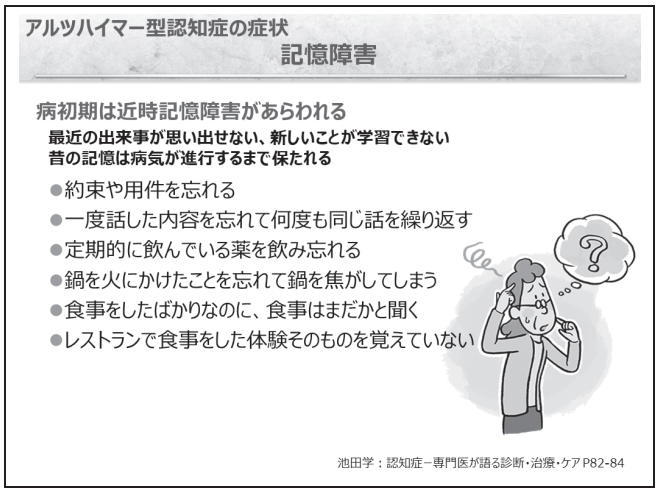
●治療が困難な認知症　アルツハイマー病

最後になかなか手ごわい、今の医療では根本的な治療はできない認知症の話をしたいと思います。その代表がアルツハイマー病です。この図の右側がアルツハイマー病患者の脳のＭＲＩ画像です。左側が同年齢の健常高齢者の画像です。これが先ほど話題にした海馬というところで、記憶の中枢です。

皆さんが何か新しく覚えるときには、ここを情報が駆け巡っているわけです。アルツハイマー病の脳は全体的に痩せていきます。痩せると隙間ができるので、この黒い隙間が目立ってきます。痩せは大抵この海馬周辺(前ページの図矢印)から始まります。90%以上のアルツハイマー病の

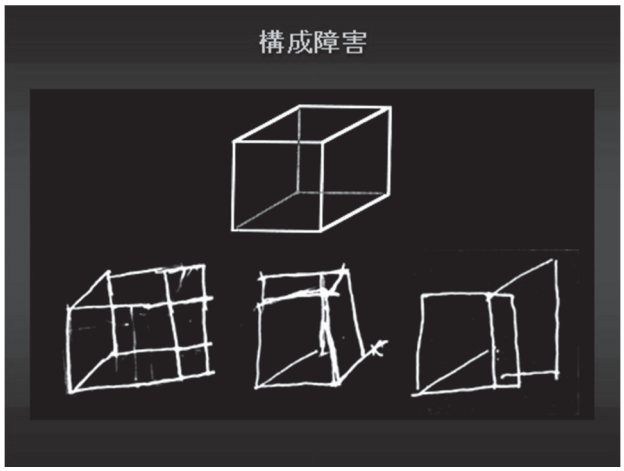
病変はこの辺りから始まりますから、どうしても最初に出てくるのが物忘れということになるし、病気を通じても中心的な症状は物忘れということになります。

●アルツハイマー型認知症の症状



これはまた後で資料を読んでいただければ分かると思いますが、多くの方は、この近時記憶障害から始まります。例えば約束や用件をスポッと忘れてしまう、出来事そのものを忘れてしまうとか、一度話した内容を忘れてしまい、15 分くらいの対話の中で何回も同じような話が出てくるといったことで気づかれます。こういう特徴に気をつけていると、あまり難しい検査はしなくても、早期からアルツハイマー病を疑うことができます。

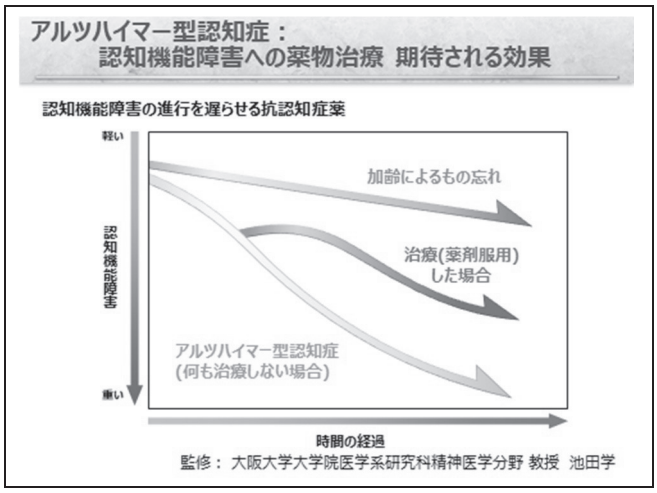
●構成障害



次に、アルツハイマーの場合は頭のてっぺんの方に病気が進んでいきます。そうすると視空間認知の障害や構成障害が出てきます。すなわち、空間の中で体や物を配置する、あるいは空間の物体の位置関係の認知に関する障害が出てきます。

どんな検査で調べるかというと、この図のような検査をさせていただきます。これは記憶の検査ではありません。この立方体、図の上段の箱の図を患者さんに見ていただき、示されたままの同じような図を書いていただくだけです。ところがアルツハイマー病が進んでくると、だんだんその図形が下段のように歪んできます。このくらいになると大抵は男性なら鏡を見てネクタイを締めることができません。女性だったらみじん切りを上手にすることができません。もう少し図形が崩れてくると、散歩に行っても道に迷って帰ってくることができないことになります。これは頭のてっぺんの元気がなくなった時の症状です。

●認知機能障害への薬物治療、期待される効果



こうした記憶障害や視空間認知の障害に対してどんな手立てがあるかというと、保険がきく 4 種類のアルツハイマーの薬があります。そのうちの 3 つは先ほど話したようにアセチルコリンという、神経と神経をつなぐ信号になる物質を増やしていく薬です。ただ残念ながらアルツハイマー病の進行を止めたり根本的に治したりすることはできません。

最初のうちはアセチルコリンという物質がほぼ選択的に減っているのですが、他にも信号となる脳の物質はあって、例えばセロトニンとかドーパミンなどの働きもアルツハイマー病の進行とともに全部下がってくるので、アセチルコリンだけを増やしても症状の改善はなくなります。

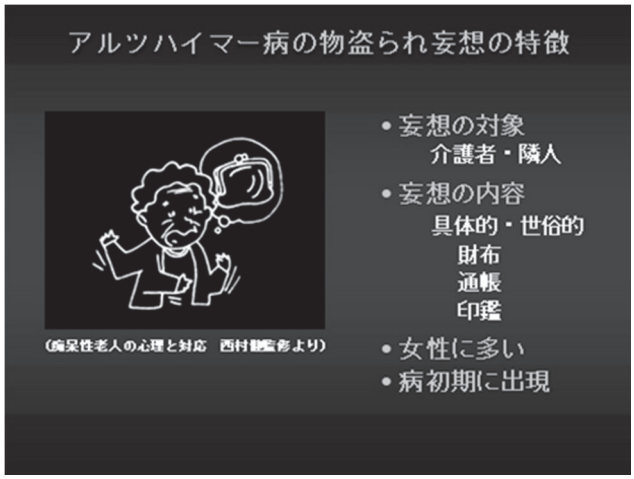
早く見つけてアルツハイマー病に対する薬を飲んでいただくと、図のような感じになります。ちょっと一旦良くなって、だけどやっぱりだんだんと残念ながら進む。そんな経過をたどります。しかし何も治療しない場合よりも多

くの場合に日常生活を維持できるので、なるべく早くから治療を始めさせていただくことが重要です。

●認知症の症状

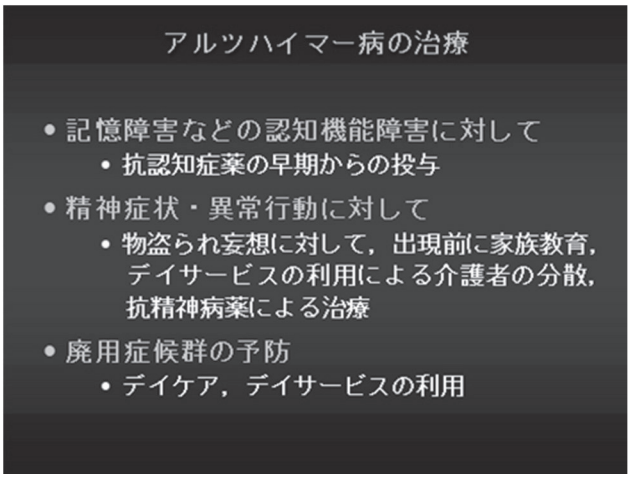
アルツハイマー病の症状でさらに問題になるのが精神症状や行動障害です。認知機能障害というのは脳の病変そのものから起こってくるので、記憶障害などは中核症状と呼ばれています。ところが中核症状と、介護者との人間関係、介護環境との相互作用、あるいは患者さんの身体の状況によって２次的に出てくるのが精神症状や行動障害です。これを周辺症状と呼んできました。ただ実際にはこちらの方がずっと介護が大変なのです。今はこちらの方の治療をきちんとしていこうとするのが１つの流れになっています。

●アルツハイマー病の物盗られ妄想の特徴



こちらの方は中核症状とは違って、うまく対応できればほぼ消すことができます。例えばアルツハイマー病の初期の頃にいちばん出やすい精神症状の一つは、物盗られ妄想という症状です。アルツハイマー病の患者さんを軽いうちから丁寧に診させていただいていると、半分くらいの人に妄想が出てきます。そのうちの 75%がこの物盗られ妄想で、「うちの嫁が財布を盗った」というような妄想です。非常に具体的な内容で、財布とか貯金通帳や印鑑を盗られというもので、しかも具合の悪いことに、自分の一番身近で介護をしてくれている人に対して妄想に基づく攻撃が向きます。これまでに私が診させていただいた患者さんの中で、残念ながら「池田が財布を盗った」といってくれた患者さんは一人もいません。私は看護、介護する人のように患者さんの衣服を整えるなどのお世話をしないからです。これは身近にお世話していないと起こってこないのです。一人暮らしの人が増えて今何が問題になっているかというと、ヘルパーさんが攻撃の対象になっていることです。介護保険で派遣されるヘルパーさんが来るようになってから私の貯金通帳の額がどんどん減っていくと言って、警察に電話するケースがあります。軽い場合、警察もそれを訴える患者さんのことを信じたりすることもあって、介護者にとって大きなストレスになることもあります。ただこれには解決法があって、初期のアルツハイマー病の人にはかなりの確率でこれが出てくる。この妄想は病気によるものであり、いちばん一生懸命に介護してくれる人に対して出るものだということを前もって知っておいていただくと、かなりの介護者がうつになるとかパニックにならずに乗り越えられます。恐らく 40%くらいの方は乗り切られます。もちろん警察を呼んだり、暴力が出たりする激しいものもあります。そういう場合には、デイケアやデイサービスをフルに使います。デイケアを毎日のように使わしてもらう。そうすると、例えばお嫁さんとお母さんの接触時間が半分以下になるし、いろんな人にも会えるので、それによって 30%くらいの妄想はなくなるはずです。残りの 10%か 20%だけは慎重に、使い慣れた専門医が妄想を止める薬を出させていただく。この３段階でいけば、この物盗られ妄想は 95%以上の確率で治すことができると経験的に思っています。

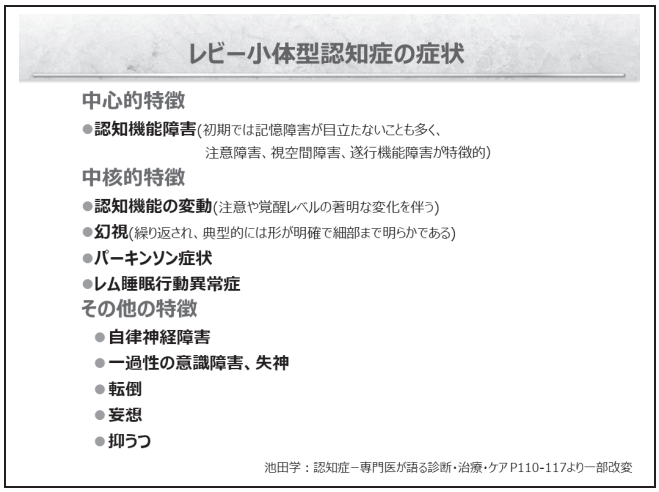
●アルツハイマー病の治療



このように、周辺症状の方はかなり対応できるようになったと思っていただいていいと思います。アルツハイマー病は根本的にまだ治せない病気なのですが、ご紹介したように認知機能に対しては、早く始めればアルツハイマー病

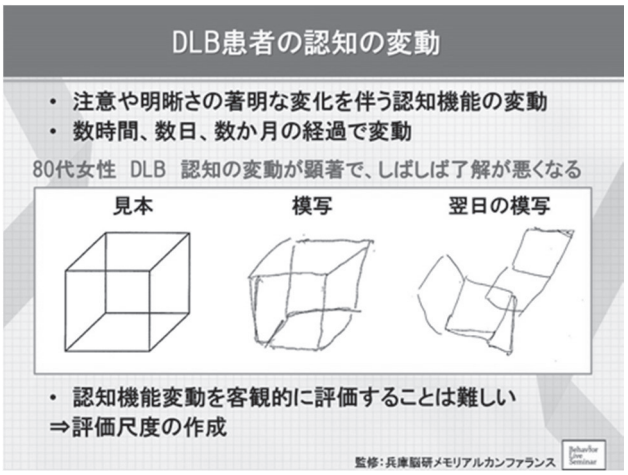
の薬はより効果的です。そして周辺症状、すなわち精神症状や異常行動に関しては起こってくるメカニズムを見きわめて対応すれば、十分に治療可能になってきました。そして各認知症に共通する廃用症候群に関しては様々なサービスをきちんと早めに使っていくことで、かなり対応できる時代がやってきたと思います。

●レビー小体型認知症の症状



ここからはレビー小体型認知症の話をしたいと思います。これは脳が縮んでくる病気の中では、アルツハイマー病に次いで起こりやすい病気です。アルツハイマーと非常に似ているのですが、いくつか違う点があります。１つは認知機能が変動します。例えば今の時間帯だと認知症が無いくらいしっかりしているが、夕方４時くらいになると会話も通じないくらいボーとしてしまう。このように早い方だと数分で認知機能が変動するという特徴があります。そして幻覚が非常に出やすい。例えばアルツハイマー病の患者さんの場合、せん妄を合併していない限りはめったなことで幻覚は出てきません。ところがレビー小体型認知症の場合、大体 80%くらいの患者さんで幻覚が出てきます。特にありありとした幻視が見えるというのが特徴です。そして患者さんは、せん妄と違ってその内容を覚えています。最近まで阪大病院に入院しておられた患者さんも、毎晩子供が来るという幻視を訴えていました。「あなたは大学病院に入院したら環境も変わるので、子供が来なくなるかもしれないと言ったけど、やはり同じ子供が病室にも訪ねてくる。４人も５人も来るので、おやつをあげようと思ってもここではおやつもない」と回診の際に怒られるのですが、それくらい患者さんにはリアルに見えるというのが特徴です。また、レビー小体型認知症はパーキンソン病と親戚なので、体が遅かれ早かれ硬くなってきて動きが遅くなります。そしてもう１つの特徴的な症状としてはレム睡眠行動異常症という、夢を見ているときに体が動いてしまうという睡眠障害があります。我々が例えばマラソンをしている夢を見たとしても走りません。なぜ走らないかというと、夢を見ている時は生理的に体の力が抜けるようになっているのです。ところが高齢者に比較的多いのですが、若い人でも一部の方は夢を見ている時に体の力が抜けないのです。だから怖い夢を見ると叫んでしまう。走る夢を見ると場合によっては走ってしまう。それが認知機能の低下や幻覚、パーキンソン症状が出る前から出てくるというのがレビー小体型認知症の特徴です。先ほど触れたように全ての認知症の５人に１人くらいがこの病気なので、ぜひ知っておいていただきたいと思います。

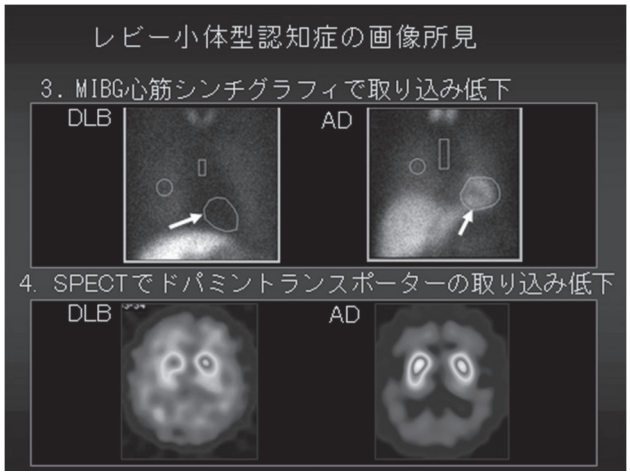
●ＤＬＢ患者の認知の変動



どんな風に認知機能の変動を把えることができるかというと、さきほどのアルツハイマー病の説明で見ていただいた立方体を模写する試験ですが、例えば今日模写していただくとこんなにきれいに描ける。ところが明日検査してみるとこんなに崩れて、ほとんどまとまらないというように検査の成績も変動するのが特徴です。いい状態の時には、いろんなことを伝えても全部覚えることができます。例えば歩行や嚥下のリハビリをする時でも、いい状態の時にやればほぼ完ぺきにリハビリに取り組んでいただけます。だからいい時に介入し、悪い時にはそっとしておく。転びやすい病気でもあるので、状態の悪い時は、そっと見守るというのがコツです。そして幻視は先ほど言ったように、患

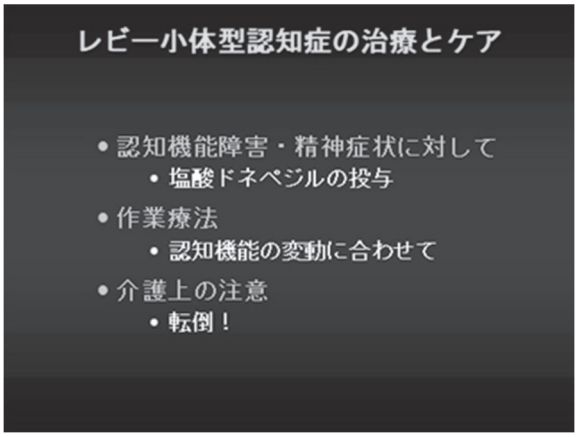
者さんだけにはありありと見えるわけで、非常に不安になる。また錯視、例えばハンガーに吊るしてある洋服などが人に見えるという症状もよく起こります。その場合はそのハンガーには洋服をかけないようにするなど、環境を変えれば見えることは減りますので、環境調節が重要です。さらにパーキンソン症状などによって、転びやすくなる。だから早期に診断して転びやすい病気だという情報を皆で共有していくこともとても大事です。自律神経の症状も非常に起きやすいです。物忘れなどが始まる 10 年位前から便秘が出てくる。あるいは立ちくらみが起こって転ぶ原因にもなってきます。

●レビー小体型認知症の画像所見



自律神経の機能が落ちてくることに関して、非常に優れた画像診断が保険適用で行うことができます。図の上段は MIBG 心筋シンチグラフィという心不全の検査です。心臓の自律神経を見る検査ですが、パーキンソン病やレビー小体型認知症でも自律神経機能が非常に早く落ちてくるので、心臓の検査を行うことによって、ごく早期に診断ができる時代になってきました。こちらが肝臓でこれが心臓。これをアルツハイマー病の患者さんにさせていただくと全く正常です(右図矢印)。こちらはレビー小体型認知症の患者さんの画像で、肝臓には取り込まれますが、本来見えるはずの心臓が見えません(左図矢印)。脳の病気である認知症の診断をするのに心臓を診る。これは日本人の研究者たちが開発した検査ですが、こういうものも使える時代になってきたということです。

●レビー小体型認知症の治療とケア

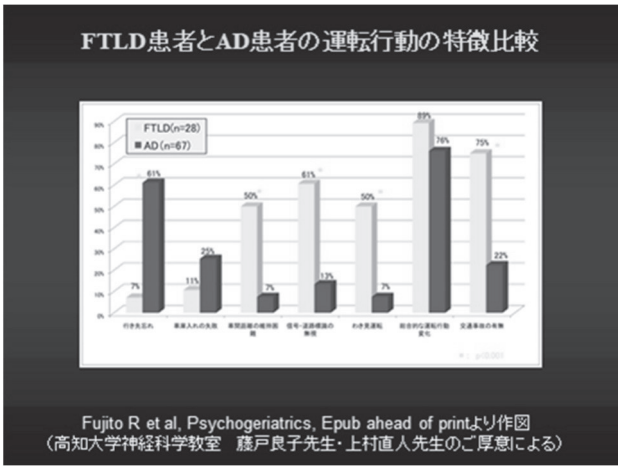


レビー小体型認知症は最もケアが難しい認知症だと言われているのですが、診断も早くできるようになったし、例えばリハビリテーションもこの変動に合わせて行うことができる。そして転倒に対して皆で気をつける。さらに先ほど触れたアルツハイマーの薬の中で、アリセプトという最初にできた薬が世界で初めてレビー小体型認知症に対して保険適用が日本で取れました。じつはこの薬、アルツハイマーよりもレビー小体型認知症の患者さんによく効きます。ただ、薬の副作用も出やすい病気ですからぜひ専門医に紹介していただきたいと思います。

●前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症について話します。これはなぜ重要かというと、数は多くないが大部分の方が若年性認知症という点です。65 歳までに発症する患者さんが多く、例えば浅香山病院のような専門病院でないとなかなかケアができないような、激しい行動障害が出てきます。多くの方は、就労中や子育て中なのです。

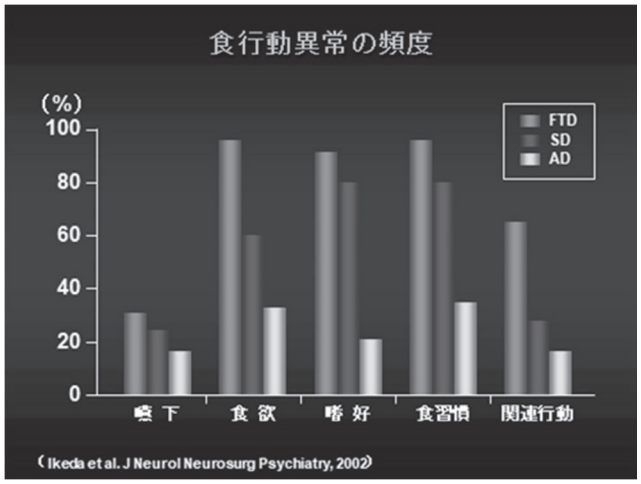
●FTLD 患者と AD 患者の運転行動の特徴比較



例えば今大きな問題となっている自動車運転、認知症の人による自動車運転ですが、このグラフのブルーがアルツハイマー病患者の運転パターンで、水色が前頭側頭型認知症患者の運転パターンです。アルツハイマーの方は要するに行き先を忘れるわけです。

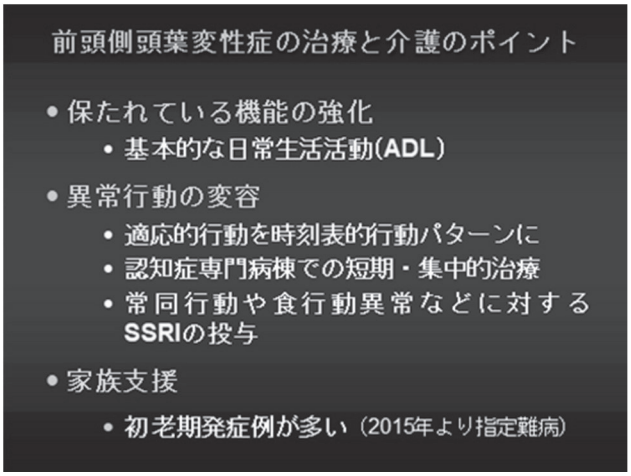
運転していくうちにどこに行くのかを忘れてしまう。あるいは空間的な障害によって車庫入れの時にぶつけてしまうパターンです。前頭側頭型認知症の方は運転技術もあって、スピードも出せます。ところが交通ルールが守れない。例えば信号無視などは平気でします。診察場面では赤なら止まる、青なら進むことは分かっているのに、ハンドルを握ると行きたい時に行ってしまいます。これは高知大学と愛媛大学の共同研究なのですが、四国の高速道路を10km 以上も逆走した患者さんがこの中に２人います。アルツハイマー病、前頭側頭部型認知症のどちらも運転行動の異常が出やすいのですが、大事故につながるような違反や実際の事故は前頭側頭型認知症の方が圧倒的に多いのです。だからこの病気も早く診断をさせていただいて、生活環境を整えた上で運転だけは早くやめていただく必要があります。

●食行動異常の頻度



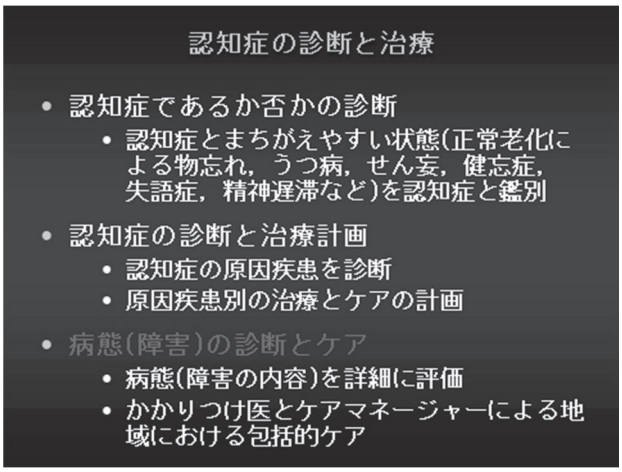
そして食行動の異常が非常に出やすいことも前頭側頭型認知症（図の FTD と SD）の特徴です。甘辛いものが大好きになります。食欲が異常に高まります。アルツハイマー病（AD）と比べると一目瞭然で、しかも同じパターンの食材を好まれます。例えば水曜日の午後にある食堂で鰻どんぶりを食べるという行動がはまってしまうと、１年くらい同じように水曜日の午後は鰻どんぶりを食べるようになります。このような食行動異常が FTD の患者さんでは 90%程度出るので、食事を見るだけでも大体診断できます。

●前頭側頭葉変性症の治療と介護のポイント



前頭側頭型認知症の場合は指定難病になりました。これは神経内科の先生方にずいぶん手伝っていただいたのですが、認知症で初めて難病に指定されたことは非常に大きな出来事です。65 歳までに長期入院などをされた時に、かなりの医療費が免除されることになりました。ただ専門医が診察してきちんとした診断書を書かないと難病指定されないので、この患者さんたちも、できれば一度は専門医の方に紹介していただければありがたいと思います。

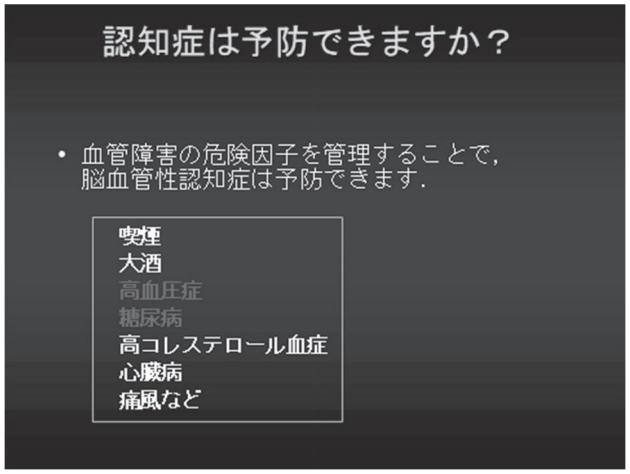
●認知症の診断と治療



今日話をした内容はこの表の上二つの項目で専門医の役割ということになります。このようにきちんと診断できて治療計画が立てられますと、その後は地元に帰っていただいて、かかり付け医の先生とケアマネージャーに包括的なきめ細かなケアをしていただく。再びちょっと調子が悪

くなったら専門医の方に戻っていただく。こうしたことを繰り返すのが認知症にとって今の段階としてふさわしいサポート体制かなと思っています。

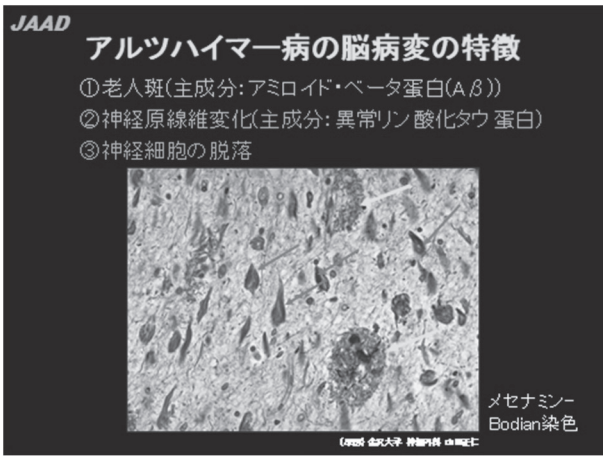
●認知症は予防できますか？



最後に、みなさんが一番関心を持っておられる認知症のの予防についてまとめてみたいと思います。認知症は予防できるかということですが、廃用症候群は十分に予防できるので、周りにそうした高齢者がいないかを地域で絶えず目配りをしていただきたいと思いますし、血管性認知症の場合は動脈硬化の危険因子である高血圧や糖尿病の薬が飲めているかどうか、家族だけでなくケアマネージャーは担当の方の薬の飲み方のチェックをもう一度していただきたいと思います。

●アルツハイマー病の脳病変の特徴

アルツハイマー病が予防できるかということですが、アルツハイマー病の始まりはアミロイドという異常なたんぱく質が脳にでき始めることだと言われています。私が例えば 75 歳でアルツハイマー病による記憶障害を発症してくるとすると、そろそろ溜まり始めている頃になります。



これは亡くなられた患者さんの脳をいただいて染色したものですが、現在はアミロイド PET という画像診断ができるようになりました。まだ保険適用ではありませんが、既にちょっとした研究機関にはほとんど備え付けられています。このアミロイド PET を使えば全く記憶障害がない段階からアミロイドが溜まり始めるかどうかが分かります。私自身、じつはまだやっていません。ちょっと怖いというか、今分かってしまって 75 歳くらいに物忘れが出てくると言われたらと考えてしまいます。私はまだやっていませんが、将来は、人間ドックのような形で早く確認されるようになりそうです。すでにアミロイドを除去する薬が、試験段階ですがいっぱい出てきているので、もしかしたら次の機会に皆さんにお目にかかれる時には、アルツハイマー病も予防できることになっているかもしれません。

認知症のひとたちの介護と社会的支援

浅香山病院　精神保健福祉士

柏木一惠

Kazue KASHIWAGI	1976年3月同志社大学文学部社会学科卒業。同 4 月財団法人浅香山病院医療福祉相談室（現職）。 認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、特殊疾患治療病棟担当。精神保健参与員。 2008 年、日本精神保健福祉士協会常任理事、2012 年同会長に就任。

●はじめに

皆さん、こんにちは。浅香山病院で精神保健福祉士の仕事をしている柏木と申します。本日は多種多様な分野の方々がお越しのようですので、認知症のケアや介護保険や介護サービスのことは私よりプロフェッショナルの方がいると思われます。池田先生の講演では認知症の「予防」の観点から話されましたので、私の切口は「備え」ということから考えてみたいと思います。

●認知症社会の到来

日本では団塊の世代が 75 歳を超える 2025 年の時期には、認知症の方は 730 万人、65 歳以上の高齢者数は約 3650 万人という数字が出ていて、5 人に 1 人の高齢者が認知症という状況になります。国レベル、地域レベル、そして本人、家族がそろって認知症に備えていかないといけない「認知症社会」という時代に突入していると思います。先週のことですが、私は所用で銀行に行きましたら、3 台ある ATM の所におばあさんが陣取っていて、出口の側にいる家族の方がおばあさんを怒鳴り散らしている場面に遭遇しました。そのそばには銀行員がいました。そのおばあさんに娘さんが怒鳴っている姿を見て、最初これは虐待だと思ってしまいました。ATM でおばあさんはお金を振り込んだらしいのですが、振り込んだこと自体を忘れてしまい、逆に出金操作をしたと思い違いをしたようで、お金が出てこない。銀行員が一生懸命説明するのですが、おばあちゃんは納得しない。そこで家族を呼び寄せたようです。家族はおばあちゃんが認知症気味なことが分かっている中で、人目はあるし銀行の人には迷惑をかけている、おばあちゃんの言っていることはめちゃくちゃ、どうしてよいのか分からないので怒鳴り散らすしかなかったようです。今後はこうした場面があちこちで起こって、それが当たり前の風景として見られる時代が来るのだろうと思います。銀行や交番を含め様々な場所で、このような方たちと出会う時に、例えば認知症サポーターというオレンジリングを付けた人たちもいると思いますが、実際にはこうした人が身近になかなかいないのが現状です。だから専門職の皆さんは今後、非専門職の人たちを啓発するとか教育する責務を担わないといけない。日本はそんな時期がきているのではないかと思います。

●認知症社会への備え

認知症社会と言いましたが、それでは国の備え、自治体の備え、地域社会の備えはどうなっているのでしょか。「老後の沙汰は金次第」と思うとか、人口自体が減少していく中で介護を担う人たちはどうなっていくのか。私の 10 年先を想像した時、私の介護を担ってくれるのは例えば外国人かロボット、そのどちらがいいのかと考えてしまいます。介護される人がこんなに増えてしまうと今の介護保険制度は持続が可能なのかと考えながら、国が言っている「住み慣れた地域でいつまでも住む」ことが本当にいいのかどうか、地域自体が弱体化していく中で地域に支える力があるのだろうかと様々な疑問を抱いてしまいます。

●国の施策

2012 年に国は認知症への対応策としてオレンジプランという認知症施策推進 5 カ年計画を策定。5 年の予定だっ

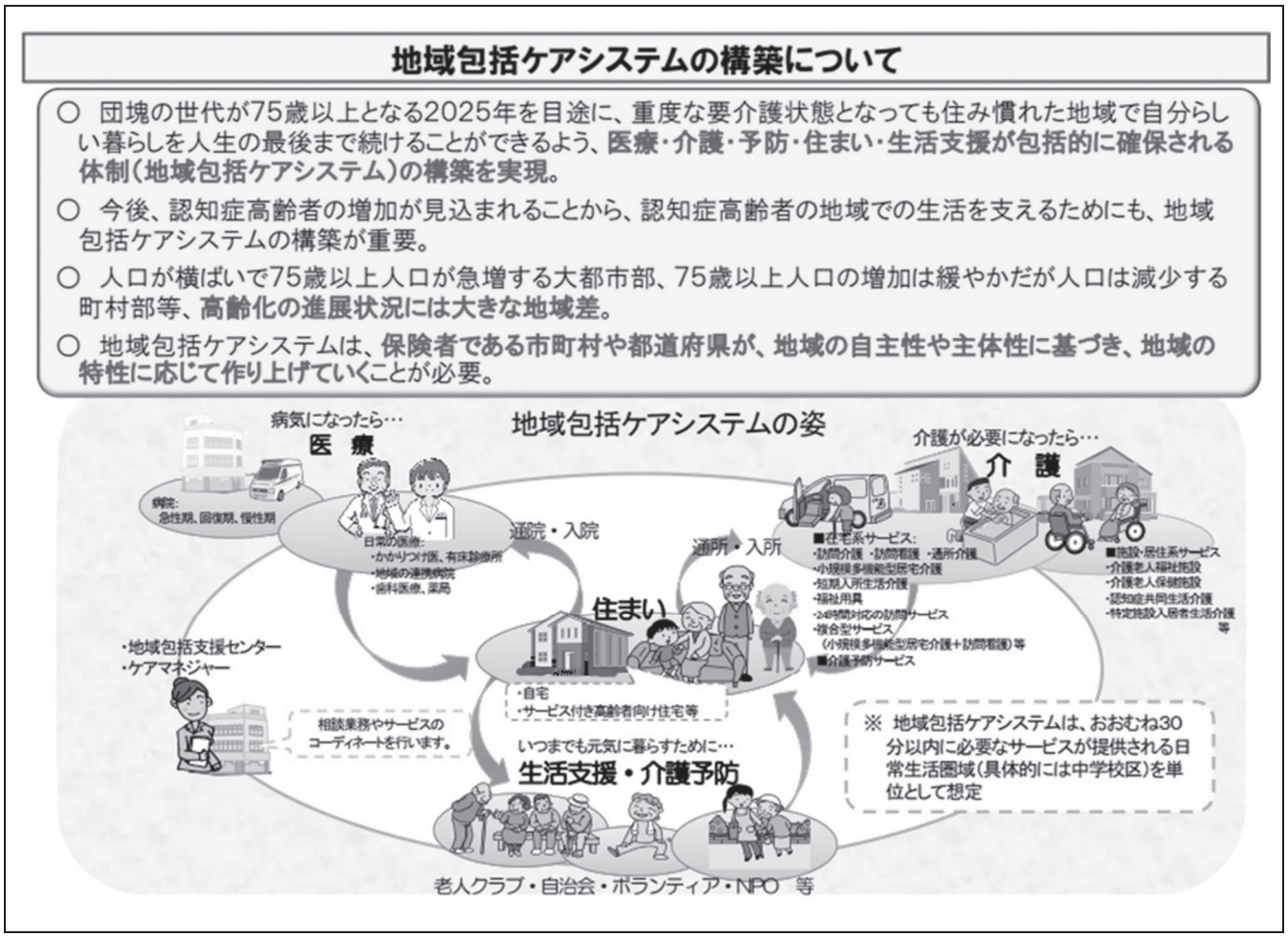
たものを繰り上げて３年後の2015年に新オレンジプランをつくりました。新オレンジプランは７本柱からなっていますが、基本としては認知症の人たちを地域で支える支援づくりというのが大きなポイントです。

●認知症関連施策の歴史

歴史的に振り返ると1989年にゴールドプラン、それを受ける形で2000年に介護保険制度が制定され、同時に成年後見人制度も創設されました。いろんな認知症施策が立ち上げられたわけですが、要するに国の推測を上回る多様な認知症問題が浮上してきたため、それらを踏まえて策定されたのが2015年の新オレンジプランであるわけです。これは認知症の人の意思が尊重されて、住み慣れた地域(↗)(↙)で自分らしく過ごしていくことができる社会の実現を目指すのが基本的な考え方で、７つの柱があります。

●認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

その中で認知症の容態に応じた適時適切な医療・介護などの提供が、私たちにとって最も身近な柱の１つです。注目していただきたいのは、「かかりつけ医」の先生たちが認知症に対応できるように様々なことが書かれ、発症予防の推進などにも触れられています。その中で目指すものは、認知症になっても本人の意思が尊重され、医療、介護、予防、生活支援が包括的に確保される体制「地域包括ケアシステム」の構築を実現しようというものです。



●地域包括ケアシステムとは？

地域包括ケアシステムはここに示した図のような仕組みで、本人たちを主体として医療、介護、生活支援に関わる人たちが１つの地域、とりあえず30分以内中学校区として描いています。地域包括ケアシステムという言葉が出てきたのは2012年４月の介護保険制度改正が契機となったわけですが、最近では、高齢者に限らず全世代・全対象型の地域による支え合いの体制「地域包括ケアシステム」の構築を目指すことにシフトチェンジしています。つまり障害のある人や子供たちの支援にも普遍化することになりました。8050世帯問題をご存知でしょうか。80歳の親に50歳の子供という、例えば地域包括支援センターの方

が認知症の方の家を訪問すると 50 歳前後の障害がある人とかメンタルヘルスに問題を抱えた人がいる場合、2 人を一緒に考えないと解決しないという問題です。あるいは子育てと介護を同時に担わなければならないダブルケアの問題など、課題が複合化していて高齢者に対する地域包括体制だけでは解決できなくなってきました。そのため、国は全世代・全対象型地域包括体制を考えています。その考え方もさらに進化してきており、支えられる側が、それだけでなく支え手にもなって、とりあえずは支え合いながら、自分らしく活躍できる地域をつくっていかなければならないとしています。

●少子高齢・人口減少社会における労働者不足

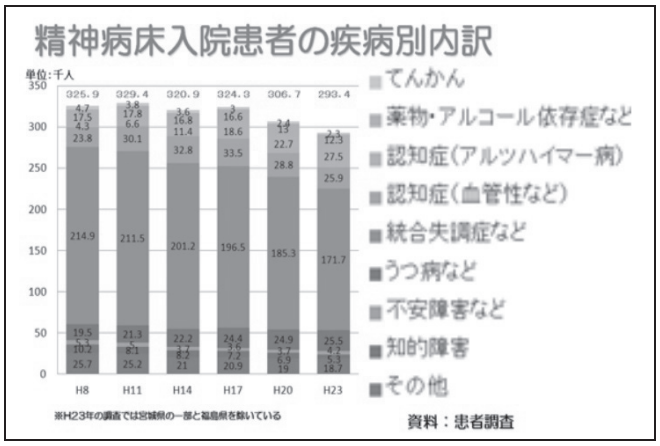
その背景には少子高齢、人口減少社会における労働力不足の問題が大きく関係していると思います。若くて働ける人たちが減っていくのは、単に介護や医療を担う人が減っていくことだけでなく、税金とか社会保障費用を担える存在の人たちも減っていくことになるので、肩車状態で背負うというより重量挙げ状態のようだと例える人がいるくらい、人口的には厳しい時代になってきているわけです。

●地域共生社会の政策動向

地域共生社会と言われて、共生社会の政策が次から次へと打ち出されてきています。これには増え続ける認知症高齢者をどう支えるかの問題が本来的にあると思いますが、それにも連動して介護だけでなく保育や障害、生活困窮の人たちのことも丸ごと考えていこうと、国は大きく動いているところです。

●介護保険法等の改正ポイント

最近では地域ケア包括システムの強化のため、介護保険の一部を改正する法律ができました。国が一番やりたいのは、私の考えでは恐らく介護保険制度の持続可能性の確保だと思います。この制度を持続可能にするためにはお金持ちの家族からたくさんお金をもらうとか、介護納付金の報酬割りを導入するとか、様々なことを今後は打ち出してくるのだろうと思います。毎日デイケアをしていくことが認知症予防に役立つといっても、それを支える制度が従来通り持続できるのか、厳しいところではないかと思います。話によると、今後は例えば重度の人たちを予防するとか、自立支援について介護保険法では強く訴えています。その程度は介護保険の要介護度で分かりますが、リハビリを繰り返すことで要介護度 3 であった人が 2 に、2 だった人が要支援になるといった介護度が軽くなることがおこる。軽くなれば介護サービス費が減らされるわけで、それで従来通りきちんとやっていけるのかという問題があり得ます。また市町村にインセンティブを与える方式、つまり国が成績の良い市町村にお金を渡すやり方を実施するという噂もあります。そうなると、実際には介護の大変さは軽くなっていないのに介護認定基準を強めれば、今までの状態を維持していても介護度 3 が 2 になる可能性があるわけです。この辺りは非常に難しい問題だと思います。必要度に応じた必要なサービスとは書かれていても、それを判断するのはどこかということなのです。実際には介護認定は調査員が調査して審査会にかけられますが、当然そこには市町村の考えが大きく反映されるわけです。審査会などで関わる皆様には、予防しているからこそ維持できていることを強く意識した上で対応していただきたいと思います。



●精神疾患を有する入院患者数の推移

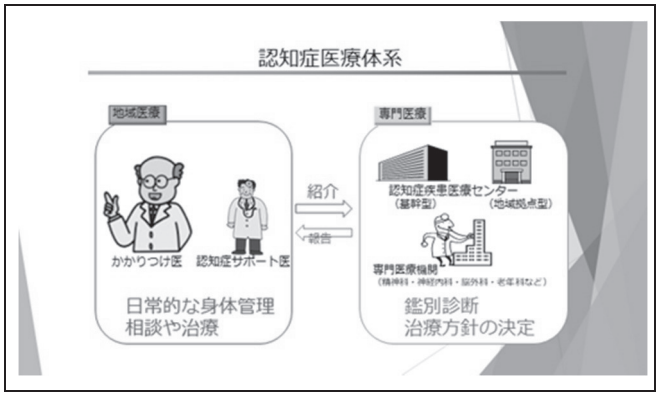
精神疾患を有する患者さんが非常に増えています。その推移を示したのがこのグラフで、平成 23 年に少し減っていますが、これは東日本大震災の関係で宮城県と福島県の数値が除かれているからです。ともかく外来患者数が非常に増えていて、血管性やアルツハイマー病による認知症の割合が増えてきており、一方で統合失調症系の人たちは少しずつ減ってきています。精神疾患を有する患者さんの中にも認知症の人たちが大きく占めてきたという実態になっており、かつ年齢別にみると 75 歳以上とか 65 歳～74 歳とか、要するに精神科病院でも非常に高齢化が進んでいます。余談ですが、先日 99 歳の方から相談を受けました

が、その方は 98 歳まで息子の弁当をつくっていたそうです。1 年程度で急激に悪くなったということです。例えば95歳までは大丈夫だったとしても96歳の保証はないということを、私は日々体感しております。

●認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

先ほど申し上げた新オレンジプランの中で、適切な医療・介護に絞って話したいと思います。この中で私が今関わっている認知症疾患医療センターとか、認知症初期集中支援チームの設置が目玉のように出てきました。さきほどキーワードは「備え」だと言いましたが、認知症患者の中には様々な方がいるので言いにくいのですが、少なくとも非常に多いアルツハイマー病に関していえば進行していくわけで、備えも進行のプロセスに応じて考えなければなりません。制度やサービス、国の施策にしても、初期から終末期に至るまで経緯していく病気なので、備えも一定のものではなく変化に対応していくものでなければいけないものです。変化への備えという課題が認知症の場合はあるのではないかと思います。

●認知症医療体系



認知症の医療ですが、私たち浅香山病院の疾患センターでも日常的にクライアントの方たちを支えていくのは難しいので、鑑別診断とか治療方針の決定などを専門的な役割として、日頃は日常的な身体管理や相談、治療については「かかりつけ医」の方でやっていただきたいと思っています。かかりつけ医の紹介状を必須としてやり取りをさせていただいていますが、かかりつけ医と認知症疾患医療センターの関係はドクター同士でもあり、わりと円滑です。ここに介護関係の方が入った三角関係になると、かかりつけ医と介護側との連携にやりにくいものがあるように感じます。池田先生が例えばかかりつけ医の研修をされる際には、多職種連携の積極的な取り組みを強調していただきたいと思います。

●堺市認知症医療マニュアルから

浅香山病院のある堺市では認知症医療マニュアルをつくっていますが、この中でもかかりつけ医に期待しています。認知症は長い経過をたどる進行性の病気ですから、本人や家族の住む地域が最も望ましいと思います。また、リスクとしてある糖尿病、高血圧、高脂血症などの生活習慣病の診察や指導をしながら認知症の進行具合や生活の具合いをチェックでき、身近な相談役として機能しやすいということで、かかりつけ医の先生方にはこうしたことをぜひやっていただきたいと思っています。

●新オレンジプランにおける認知症疾患医療センターの役割

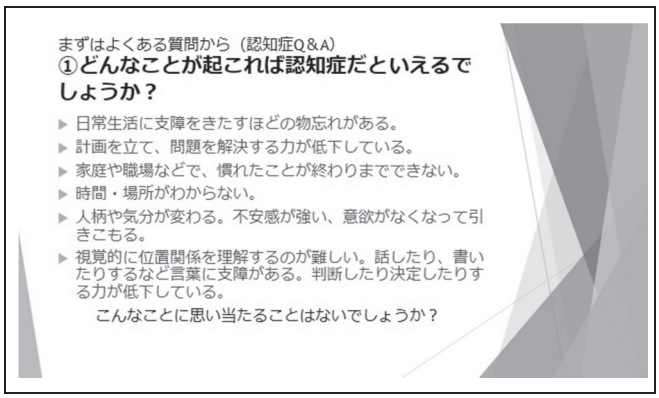
認知症疾患医療センターは、もともと認知症における専門医療の提供機関であり、介護との連携を進めるための中核的機能を担っていますが、今回の新オレンジプランで役割が期待されているのは早期診断と早期対応です。池田先生の講演でも触れられた治療可能な認知症とか、発症予防や進行予防が可能な認知症は早期に診断することで改善につながる。また、根本的な治療が困難な認知症だからこそ、本人が違和感に気づいた時、まだ理解力や判断力の低下が軽いうちに自分の病気を理解することが大切です。早めに受診することで、中には脳萎縮が始まっていた方も発見できたことがあり、そういう方たちにとっては早めの診断がやはり大事だと思います。免許証の返納についても自覚があった時の方がいいと思うし、認知症が進行すると自分で考えることが難しくなるので、早期診断が大事なことだと思います。診断が今後の本人のケアの方向や生活のQOL、人生の決断に寄与できるということが早期発見、早期診断の前提だと思います。これは医療だけでやれるわけでないので、地域での生活を支えるためにはタイムリーな医療の介入だけではなく、多職種との関わり、介護連携を視野に入れた診断が必要だと思います。

●認知症初期集中支援チームとは

もう１つ、認知症初期集中支援チームができましたが、次年度あたりからもう少し数が増えていくと思います。これは複数の専門職が家族の訴えなどによって認知症が疑わ

れる人、認知症の人および家族を訪問するアウトリーチのチームです。これまでは早期対応が遅れて認知症が進行し、在宅生活が困難になるというケースがあったわけです。今後は認知症の初期に発見し、初期の支援を包括的・集中的に取り組んでいくという素晴らしい構想なのですが、実際に私が支援チームに入って遭遇した人たちはとても早期対応をしなければならない人たちではありません。初期集中の考え方は地域によっても異なるし、受けている機関の特性によっても違ってくると思います。浅香山病院で初期集中として上がってくるケースのほとんどは、受診拒否、介護拒否、支援困難といったとても対応のむずかしい人たちがほとんどです。難しい人でなければ、わざわざアウトリーチしなくても早期の人たちは病院にやって来るし、介護を受け入れられる方たちはサービスを受けられる所にちゃんと行きます。本当のところは、地域支援困難事例チームのように名前を変えてもらった方がよほど動きやすいと思います。具体的に言えば「ごみ屋敷になって近所が迷惑している」とか、「家族が虐待している」とか、「介護する家族が倒れそうになっているのに、本人が拒否している」とか、こうした相談内容がほとんどです。

●まずはよくある質問から（認知症 Q&A）



私たちの認知症疾患医療センターで関与している中で、よくある質問を「認知症 Q&A」として記述してみました。例えば「治らないと聞きましたが、それでも病院に行った方がよいのでしょうか？」。これは先ほど話したように早期発見と早期診断、そして原因疾患の特定が医療と介護の基本となります。「認知症の検査はどんなことをするのでしょうか？」。浅香山病院では、基本的には体の状態もみさせていただきますので採血、心電図や呼吸器の聴診をして、認知症検査としては心理テスト、脳波テスト、画像検査などをしております。「画像検査とはどんなものですか？」。先ほど触れた「もしかしたら保険適用がされるかもしれない」と言ったのが、ポジトロン断層法（PET）です。「認知症を疑ったら何科を受診したらいいですか？」。これは結構難しいもので、病院によって診療科が違っています。家族も私共に電話をいただくのですが、私は精神科なので「精神科でいいですよ」と言うのですが、精神科と聞いて抵抗感を抱かれる家族の人もいます。神経内科とか老年内科、メンタルヘルス科、もの忘れ外来などを検索すれば該当するところが出てくると思います。かかりつけ医がいれば必ずかかりつけ医から医療機関を紹介してもらうのが良いと思いますが、必ずしもかかりつけ医がいるわけではないので、その場合は行政などに相談すれば紹介してもらえると思います。

●家族が認知症になったら病名を告知しますか？

ここは皆さんに考えていただくことなのですが、「家族が認知症になったら病名を告知しますか？本人の立場なら告知されたいですか？」。ここで皆さんに答えていただきますので、挙手をしてください。家族が認知症になったら病名を告知しますか？結構いますね。では告知しないという方はいかがですか？私が別の機会に聞いた時に比べると、少し増えているようです。認知症に対して少し希望が持てるようになったからでしょうか。では自分が認知症になったとして、認知症だと告知されたいのでしょうか？告知されたい方は挙手してください。分かりました。では自分は告知されたいが、家族には告知されたくない方は挙手してください。ぜひ理由を聞きたいところですが、時間がないので失礼させていただきます。

●認知症相談の現場から（初期）

初期の段階に専門医療機関にかかるのは大事だと思います。実は本人自体が不安に感じているようです。もしかしたらそれは単に不安に思っているだけで、現実はそうでないかもしれない。やはり家族としてもあまり認めたくないというのが本音だと思います。いろんな力は落ちてきたけど、きっと年のせいだと言われる人が多いと思いますが、認知症疾患医療センターで相談を聞いていて、「いつごろからですか？」と聞くと、長い人では 4～5 年前、早くても 1 年くらい前から、もの忘れは始まっていたということ

です。初期の段階では 70 歳代で自営業の方、あるいは嘱託で勤めている方などもいるので、複数の目が注がれていると変化に気づきやすいと思います。その一方で単身の人が圧倒的に多くなってきているので、家族も月に 1 回、2 回しか連絡をとっていない場合があります。遠距離家族であれば、誰が彼らを見守るかというシステムをつくっていかないと難しいわけです。元々活発に動かれている人なら、近所の人たちも変化に気づくかもしれません。家族が気づかなくとも、近隣の人たちを含め何かの折に関わった人が注意してくれるというのは非常にいいことだと思います。一人暮らしをしているケースは大きなリスクです。家事をする必要がないというケースは、奥さんなどがいれば意外と大丈夫ですが、一人暮らしの場合は自分でできるのかどうか、それすら分からなくなることもあります。初期の段階で気づいたとしても時遅しということもあるので、地域での交流の場などをつくり出さないと初期段階での発見は厳しくなると思います。

●認知症相談の現場から（前期）

前期の段階くらいになると家族も病院に連れていくことを考え出すのですが、介護サービスを導入することを考えたとしても、本人から「大丈夫。問題ない」と言われる。受診するにも初期から前期の段階、本人がある程度分かっている頃が分かれ目かと思います。ここでどれだけ専門医療機関にかかりやすい仕組みをつくっていくか、そこがポイントだと私は思っています。

●認知症相談の現場から（中期）

中期あたりになるとどうでしょうか。本人自身が医療機関にかかること自体を強く拒否する人もいれば、家族が勧めるから付いてくるケースもあると思います。この時期には記憶障害以外に行動・心理症状なども出てきて、初期の中核症状に比べて家族はよほど大変になります。この段階になると家族も、家ではもう世話ができないと考えてしまうことにもなります。

●認知症相談の現場から（後期）

後期になってくるとケアはとても大変な状況になります。デイサービスやショートステイなど、様々なことを本人主体というよりは家族の負担を考えた上で、通所などのことを意識しないと家族としては持たなくなってしまいます。この頃にもう少し考えなければならないのは、在宅生活を続ける場合は家族が介護から離れる時間を確保すること。施設ケアの選択肢も考える。さらに病気の理解、環境など客観的な状況の把握、本人と家族の心理的状況を勘案した対応についても考えなければいけないことになります。

●暮らしの中で、何か工夫することがありますか？

暮らしの中で何か工夫することとして、ここに書いてあることは初期の段階ですが、例えば私の経験でも既にかけている眼鏡を探していたこともありますので、忘れないように置き場所を決めておくのも大事なことです。開き直って、他人様の頭を活用することも大事だと思います。例えば私は最近、「私が忘れたとしてもあなたに言っておくから忘れないでね」と言っています。

●介護サービスはいつごろから利用するのがいいでしょうか？

次に介護サービスについて話します。介護保険は「介護が必要になった高齢者に介護サービスを提供するもの」というイメージが強く、若い人や症状の軽い人には抵抗があるかもしれません。それでも、診断がついてすぐの早い段階でサービスの利用をお勧めするのには理由があります。１つは認知症の進行抑制と意欲・活動性低下を防ぐため。もう１つは、認知症が進んでからだとデイサービスなどの集団活動になじめなかったり、他人に介護されることに強く抵抗されたりする場合があるため、早めに利用して慣れておくことが重要になるからです。できるかぎり住み慣れた自宅での生活を続けることは、本人も家族もが望まれていることではないかと思います。できる限り自宅での生活を続けるためにも、うまくサービスを活用すること。サービスにしても医療にしても、とにかく早い時期に利用することが有効だと思います。

●車の運転はできますか？

だんだん機能が衰えてくるので、車の運転はできるだけ避けていただきたいと思います。さらに平成 29 年 3 月 12 日に施行した改正道路交通法でも、認知症対策に乗り出しました。従来は記憶力、判断力が低いという中で特定の交通違反をしている人だけの診断だけでしたが、違反の有無に関係なく医師の判断が必要になりました。途中経過の段

階ですが、新聞によると 75 歳以上のドライバーで認知機能の検査を受けた人が 111 万人程度いて、そのうち認知症の恐れがあった人は約 3 万人。まだ検査を受けていない人がたくさんいるので最終的には分かりませんが、自主返納した人たち、既に失効した人などの状況が新聞に載っていました。これは 9 月末現在の報告で、警察庁としては思った以上に対策がうまく機能していると話しています。

●認知症が進行しても、自分の意思に沿った人生を貫く方法はありますか？

成年後見人制度のうち、任意後見制度は自分の意思を誰かに託すことができるという制度です。原則として自分が頼みたいという人であれば誰でもよいということになっています。こうした制度が充実することはいいことだと思いますが、かなりリスクが高いと思うことは、自分が何歳の時に任意後見人を選んで、選んだもののそこから気持ちが変わった時にそれをどう担保するのか、すごく不安に感じます。私どもの病院でも最近、非常に困った任意後見人が付いたケースがあったので、後見人を成年後見に移行するのは非常に厳しいと担当ワーカーが言っていました。常に自分も変わっていくけど、状況も変わっていくので自分がいったん決めたものを覆すことがなかなか難しいことになると、これをどうやって担保するのかと考えたりします。

●成年後見制度は認知症の人の権利を守れるでしょうか？

認知症の人たちの権利を擁護する制度は成年後見制度ということになるわけですが、この制度の問題としては 2 つあります。1 つは判断能力が低下して本人の意思を尊重した後見人等がマネジメントし、経済的な搾取や虐待から本人を守るといわれていますが、なり手が不足しています。500 万人を超える認知症者に対して成年後見制度の利用はわずか 20 万件以下です。これはほとんどが親族後見に限っていますが、後見人でありながら不正を働き本人のお金をとってしまうような人たちがいて、2014 年に報告された後見人による不正額は 56 億 7000 万円にのぼります。今後は後見を必要とする人の数は爆発的に増えていくと思われますが、国や地方自治体はどのように対応していくのか、後見の担い手をどのように養成していくのかが 2 つ目の課題になっています。

●終末期の延命措置など、認知症が進行した後の医療上の意思決定は？

認知症が進行すると、どうしても終末期の延命措置についても考えていくことになります。医療上の意思決定をどうするのか、元気なうちに考えておこうということでエンディングノートのようなものに「私はこうしたい」と書いておくことも必要になってきます。最近では葬儀屋さんでもエンディングノートをいただけるので、それを活用したらいいと思います。認知症が進行していく中で気持ちが変わったとしたら、どちらを尊重したらよいのか、私はどこまでが本人の正しい判断だと担保できるのかを考えてみたことがあります。以前にも兄弟間で争っている中で、私のところに相談に来た事例を紹介します。B 子さんの話では、上のお姉さんである A 子さんが本人（お父さん）に遺言状を書かせた。しかし妹さんの B 子さんは、遺言状はお姉さんが書かせたものでお父さんの本当の気持ちではないとして、B 子さんはもう一度公正証書で遺言状をつくり直そうとしました。ところが公証人役場の人から、認知症であるお父さんの意思が本当に正しいのかどうかを病院で証明してもらわないと、後で裁判になった場合に、結局は A 子さんが書かせたものが先で正しいと判断される可能性があると言われたそうです。私は相談を聞いた段階で、本当に検査をして大丈夫なのか、実際にお父さんの認知症が証明されてしまえば、逆に本人の気持ちとは違った形の遺言状が優先される場合もありうると説明し、ご家族もずいぶん悩まれました。しかしとりあえずは検査を受けると決心されて、認知症的には多少の記憶障害はあっても十分に本人の意思が確認できると医者が判断してくれたので、めでたしめでたしの結果だったということでした。こうしたことが起こってくると、何を基準にこの人の判断力が正しいとすることができるのかと、私自身として悩んだりしています。

●認知症の人を地域で支える新しい試みはありますか？

認知症の人を地域で支える新しい試みとして、多くの民間企業が取り組みだしています。見守り事業としてヤクルトおばさんとか、日本郵便やヤマト運輸の見守りサービスなどがあります。いずれも既存のネットワークを生かして配達の際に見守り、異変を発見した時に行政に連絡する仕

組みです。これは民間企業と行政とが連携しないとやっていけないわけです。アルソックだと、異常があれば 14 分以内に駆けつけてくれるというサービスがあります。アルソックではもう１つ、徘徊対策として特殊な靴に「みまもりタグ」を付け、本人が歩いていくと、アプリで本人が通ったことに反応できる仕組みをつくろうとしているそうです。そうすると認知症サポーターの人たちや地域の人たちが、アプリを利用する若い人たちを巻き込んだ形で徘徊老人を保護できることになり、効果は大きくなります。これらは１例ですが、地域包括ケアを自治体のみに頼るのはもう限界にくるだろうとして、全国に広がるネットワークや最新機器を持つ民間企業が参入し、官民連携で高齢者や認知症の人を支えていく仕組みをつくっていく必要があると思います。

●おわりに

時間がきましたので介護保険および介護保険以外の社会資源については、巻末の資料をお読みください。私共は精神科系の病院であり、若年認知症の人とか特定疾患の人たちが多いので、障害福祉サービスや医療サービスなどについてもこの資料に載せています。参考にしていただきたいと思います。

●質疑応答

Q1:レビー小体型認知症の特徴として認知機能の変動が大きいということだが、幻視が夕方や夜に起こるのはその時に認知機能が低下するからなのか？認知機能の低下を抑えるための対処方法はあるのか？

池田:レビー小体型での精神症状が悪化するのは認知機能が変動し、認知機能が悪い時には精神状態も悪化しやすい。ただ必ずしも一緒にシンクロしているわけではなく、昼間調子が良い時でも幻視は出現する。例えば診察室に入る際に何かをまたいで入ってくるので、本人に聞いてみると、「川が流れているのがあなたには見えないのか？」と言われたりもする。変動のメカニズムの 1 つの考え方として、注意や睡眠の障害など意識レベルの変動が背景にあるのではないかと考えられている。講演の中でレム睡眠行動障害という、夢の時に叫んでしまうという状態を紹介したが、過眠もある。食事の時以外はずっと寝ている。しかしずっと寝ていてもあまり昼夜逆転もしない。他の認知症とは違った睡眠障害が頻繁にみられて、どうも睡眠とか注意の辺りに病気そのものの根源があるのではないかというのが１つの考え方である。だからアリセプトが効く。アリセプトは記憶に効くと言われているが、どちらかというと注意力や集中力を改善する。仮説として、恐らくその効果で症状全体が良くなるだろうと言われている。

Q2:MCI 患者の家族との懇談会を行うと、その中で先生が薬を出してくれないため認知症が悪化するのではないかといった不安の声がある。MCI 段階での治療について見解を聞きたい。

池田：MCI の段階での治療は非常にデリケート。確かに予備軍だが、MCI の患者を 5 年間フォローしていくと 20%程度は元(正常)に戻っている。たぶん元々認知症の原因となる病気はなかったということ。たまたまその時にうつや不安があったとか、前日が睡眠不足で検査結果が良くなかったとか、難聴に検査する側が気づかなかったとか、いろんな理由があった中で 20%は元に戻るし、10%くらいは 5 年経っても MCI のままなので、必ずしも治療をするのがいいわけでもない。認知症にいかにもなりそうな MCI の人もいるが、認知症になった時に血管性認知症なのかアルツハイマー型認知症なのかで治療法は異なる。MCI の段階だからといって、単純に抗認知症薬を処方するのは逆に危ないことがある。アルツハイマー型に行きそうなデータがそろってくれば家族にも本人にも説明して、しばらく見守るか治療に踏み切るかの判断について相談する。薬を出したら運転免許証は返納しなければならない。いろんなことが一緒に動いてくるので、MCI の段階での治療は、それこそ専門医とゆっくり相談していただくことが重要だと思う。

Q3:私は認知症患者の相談業務をしているが、受診拒否や服薬拒否の問題で聞きたい。受診拒否するのは主治医がいないわけだが、そうなるとサービスにもつなげられないので困っている。堺市での認知症初期集中支援チームの具体的な取り組み方を聞きたい。

柏木:堺市では現在、浅香山病院だけが初期集中支援をやっており、堺市の全区（7 区）をフォローしている。全てのところに深く長く関わることは厳しいため、地域型の包括支援センターに協力していただき、まずセンターが訪問するとかニーズを探す。私たちの方に先に相談が入った時も該当する地域包括支援センターに、受診に連れてこれそうにないため様子を見てきてほしいと依頼、とりあえずはセンターのスタッフに訪問してもらう。訪問したが戸も開けてくれなかったというケースもあるし、帰れコールをされることもある。家の中に入れた場合は緊急性の有無、体の状態、家の環境状態を見てきた上で判断してもらい、私たちが出動するかどうかを決める。訪問することになれば本人の状況に応じて、例えば男性スタッフが行かないと厳しいとか、あるいは医者や看護士が白衣を着て行った方がいいか、白衣を着ない方がいいのか、それぞれ個別の状況に合わせて訪問チームと相談、本人への接し方を考える。受診を勧めても応じないような場合は、浅香山病院の医師が訪問看護の指示と介護保険の書類を書いて、とりあえずは介護サービスを導入できるかを検討。それでいける人であれば、それを継続する。それが難しい場合で、例えば入院しかないような切迫した場合は、センターの人たちが家族などの協力を得ながら連れてくる場合もあるし、我々が行って受診援助をすることもある。個別事例に応じた形で動いている。

Q4:私は地域包括支援センターで主任ケアマネージャーをしているが、池田先生に薬のことで 2 点聞きたい。1 つは頻尿治療剤に疑問を持っているので、処方についての見解を聞きたい。

池田：頻尿治療薬のことだが、頻尿治療薬にはいろんなメカニズムの薬がある。せん妄や認知機能を低下させないように変えていただくことができる。抗がん剤などもせん妄を起こしやすいが、それは命あってのことなのでその人に合った一番いいものを使って、せん妄は対症療法で我々が全力で対応するしかない。一方、頻尿治療薬とか利尿剤はメカニズムが違うものがいっぱいあり、怪しいと思ったら違うメカニズムのものに変えることでせん妄や認知機能の低下を防ぐことができると思う。

Q5:長期投与の問題。すでにアリセプトが投与されているケースで、私たちのところに相談に来た時点で既に何年も薬を飲んできたという場合、患者さんに聞くと効果が分からないと言う。アリセプトをそのまま続行したらいいのかどうか疑問を感じる中で、メーカーに問い合わせをしたら長期投与のデータはないと言われた。認知症治療剤の長期投与について見解を聞きたい。

池田：長期投与の問題は非常に議論のあるところで、正解はないと思う。専門医の集まりでもシンポジウムをやるくらい議論はある。1 つ考えるべきことは、アリセプトのような薬は興奮を抑えるような抗精神病薬とは目的が違う。抗認知症薬は、確かに効き目は弱いが、進行予防的に少しずつ働いて速度を弱めるような効き方であり、ある意味では長期にわたって飲んでいかないと効果も分からない。一方で幻覚や妄想や興奮をシャープに止める抗精神病薬は、最初に起こった時に適時適切に使って、その代わりできる限り早めにやめることを試みる姿勢が医師にも求められる。私自身は長期にアリセプトを使っている。なぜかというとパーキンソン病の治療薬で、いろいろ経験したことがあるからである。パーキンソン病の薬は現在かなり進化していて、動きをよくするし震えを止める。私が若い頃の経験として、10 年、15 年を経て寝たきり状態になった患者に対して、もう不必要な薬は止めていいだろうと薬を抜いたところ、動きがより悪くなって話せていた状態が話せなくなった。やはり効いていないようでもこのような薬は、非常に長期にわたってじわじわと下支えしている可能性がある。少なくとも抗認知症薬は、寝たきりになるまでは使ってもいいのではないかと私自身は思う。ただ、ほとんど長期投与、すなわち 10 年、15 年間投与したエビデンスはないので、使うのが正しいとか、やめるのが正しいということは今の段階では言えない。

WHO への人的貢献を推進しよう

広告

医療法人 黒川梅田診療所
院長 黒川 彰夫
〒530-0001 大阪市北区梅田 1-3-1-300
大阪駅前第 1 ビル 3F
TEL 06-6341-5222 FAX 06-6341-5227

株式会社 SN食品研究所
〒 559-0007
大阪市住之江区粉浜西 2丁目3番34号
Tel 06-6674-1731
Fax 06-6674-1730
http://www.snfoods.co.jp/

日本ポリグル株式会社
代表取締役 小田 節子
〒540-0013 大阪市中央区内本町 2-1-19-701
TEL 06-6761-5550 FAX 06-6761-5572

新居合同税理士事務所
代表税理士 新居 誠一郎
〒546-0002 大阪市東住吉区杭全 1-15-18
TEL 06-6714-8222 FAX 06-6714-8090

岩 本 法 律 事 務 所
弁護士 岩本 洋子
弁護士 藤田 温香
〒541-0041 大阪市中央区北浜 2-1-19-901
サンメゾン北浜ラヴィッサ 901
TEL 06-6209-8103 FAX 06-6209-8106

株式会社 プロアシスト
代表取締役社長 生駒 京子
〒540-0031 大阪市中央区北浜東 4-33
北浜ネクスビル 28F
TEL 06-6947-7230 FAX 06-6947-7261

WHO インターンシップ支援助成のご案内

趣旨 WHOへの人材貢献推進事業の一環として、WHO にインターンとして登用された個人に対し、インターン期間中の生活費等の負担を軽減するために助成を行うものです。

応募資格 WHO の本部、西太平洋地域事務局、健康開発総合研究センター等のインターンシップ制度によりインターンとして登用が決定した者

応募方法 WHOでのインターン採用決定内容と助成支援を必要とする理由（他の支援制度適用の状況等）を付して協会事務局へ申請してください。

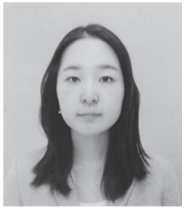
申請書必要記載事項 下記当協会のホームページでご確認ください。
http://www.japan-who.or.jp/m_recruit/book5620.pdf

助成対象者の義務 助成対象者には、インターン終了後、WHOでの経験を協会機関誌「目で見るWHO」に掲載する記事として報告して頂きます。助成金使途についての報告明示義務はありませんが、何らかの事情によりインターンを中止、中断した場合には直ちにその旨をご連絡頂き、個別事情により助成金をご返還頂く場合があります。

●WHO インターンシップ体験記

WHO 本部インターンシップ報告

大阪大学大学院国際公共政策研究科　博士前期課程　石川祐実



Yumi ISHIKAWA

兵庫県出身
高知大学卒
2017年9月　ロンドン大学キングスカレッジ国際保健修士課程修了
2017 年 9 月-12 月 WHO 本部 Health Workforce 部にてインターン

はじめに

私は 2017 年 9 月から 3 か月間、スイスのジュネーブにある世界保健機関本部の Health workforce department にてインターンシップを経験しました。インターンシップの前にはロンドン大学キングスカレッジ国際保健修士課程にて保健医療人材教育を専攻していました。今回のインターンシップでは、主にユニバーサルヘルスカバレッジを達成するための Global Competency and Educational Standards Framework を作成するプロジェクトを担当しました。

Health workforce department の上司や同僚と

A Global Competency and Educational Standards Framework for Universal Health Coverage

このプロジェクトの目的は、ユニバーサルヘルスカバレッジの達成に向けて保健医療人材教育の側面からアプローチすることです。主にミッドレベルの保健医療人材を対象として、ユニバーサルヘルスカバレッジの達成に必要なケアを 1 年間～4 年間の教育で効果的に行うための指針となるフレームワークの作成を目指しています。WHO、WHO 以外の国際機関や大学などから集まった 10 人でチームを結成し、共同でプロジェクトを進めました。

まず、世の中に存在する 100 を超える Competency Framework を集め、職業別（医師、看護師、助産師など）、疾病別（癌、HIV/AIDS、メンタルヘルスなど）、職業及び疾病別に分類しました。その後、それぞれのフレームワークの特徴や含まれる Competency、その選定方法などをまとめ、今後どのようにフレームワークを作成していくのかを検討しました。

その後、チームでここまでのプロジェクトの過程を”A Global Competency and Educational Standards Framework for Universal Health Coverage Working Group Draft for Discussion”として論文にまとめ、The 4th Global Forum on Human Resources for Health で発表を行いました。このフォーラムでは、プロジェクトに対して多くのフィードバックをいただくことができました。それらを考慮に入れたうえで 2018 年度より実際にフレームワークの作成が始まる予定です。

The 4th Global Forum の会場にて

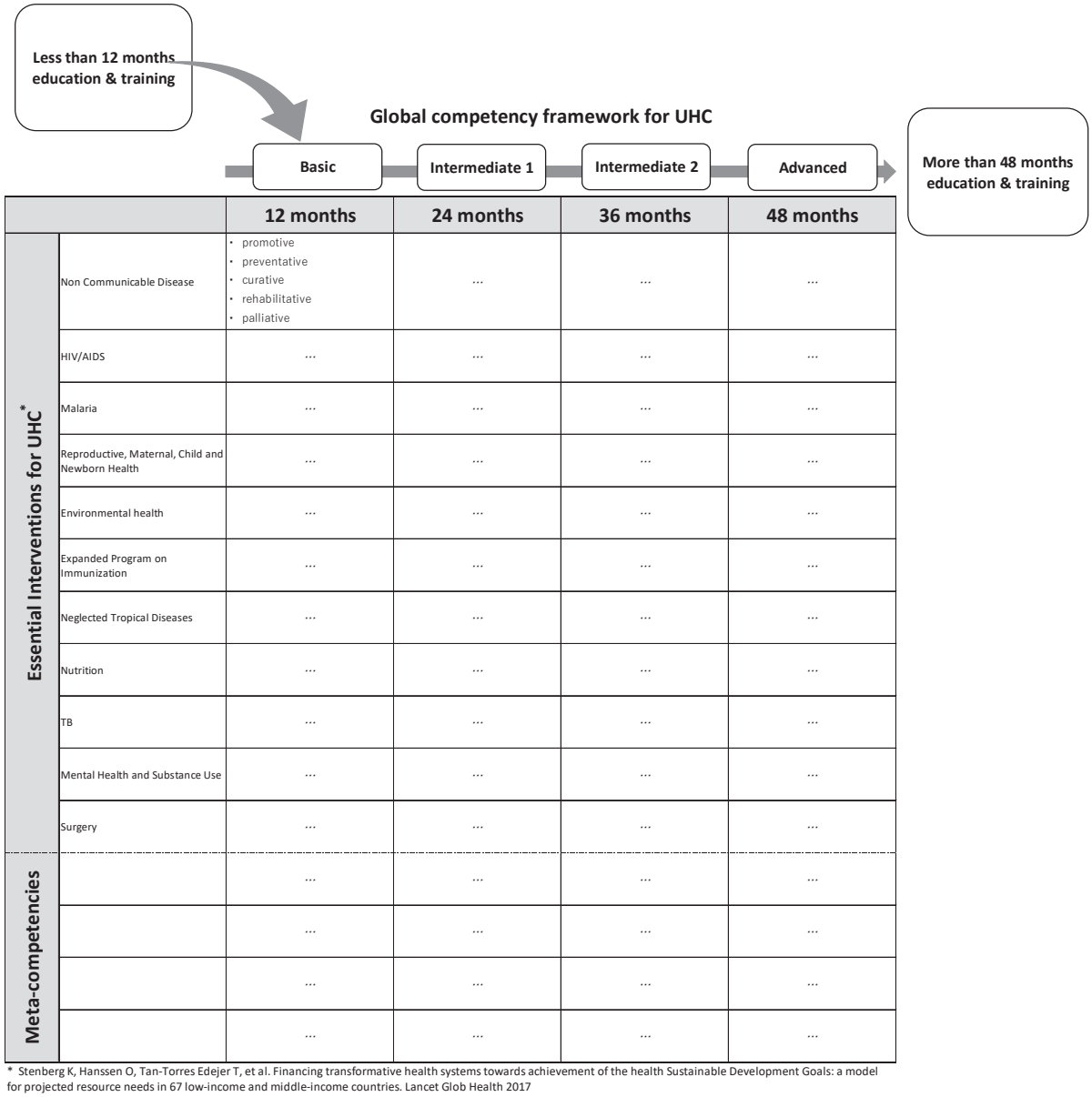


図1　A Global Competency and Educational Standards Framework for Universal Health Coverage 完成イメージ図

The 4th Global Forum on Human Resources for Health

Health workforce department は 2008 年以来、保健医療人材の課題に対する解決策を見つけるために国際学会を主催してきました。第 4 回目となる今回は、「未来の保健医療人材を築こう」というテーマのもと、2017 年 11 月 13 日から 17 日までの期間アイルランドのダブリンで開催されました。医療、教育、労働/雇用そして財政などの分野の政策立案者や現場の実行者 1000 人以上が一堂に会し、The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 and the recommendations of the United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth 実現へむけてのアプローチ方法を議論しました。

私もこの学会に企画・運営の一員として参加し、主に 13 日に開催された保健医療人材教育のサイドイベントを担当しました。サイドイベント全体の流れを上司と相談しながら企画書を作成し、配布資料の準備などを行いました。このサイドイベントでは、保健医療人材に関する規制、保健医療人材教育における生徒の選抜方法、および Global

Competency Framework for UHC の 3 つのテーマを扱いました。まず各テーマのパネリストがそのテーマの現状や取り組みについてプレゼンテーションを行い、その後参加者の興味に基づいて 3 つのグループに分かれ、それぞれのテーマの課題やそれに対する解決策について議論しました。最後にそれぞれの取り組みへの参加希望者を確認しました。このサイドイベントには 50 人以上の政策立案者や現場の医療従事者が参加し、どのテーマも白熱した議論が繰り広げられました。

私たちの Global Competency Framework チームはこれまでの取り組みとこれからの計画についてプレゼンテーションを行い、チームで執筆した論文を配布しました。ディスカッションでは取り組みや論文に対するフィードバック、質問などが話し合われました。主に国ごと、地域ごとに医療水準や文化などが異なるなかでどのようにフレームワークを取り入れていくかについて議論が行われました。普段なかなか聞くことのできなかった現場の現況やそれを踏まえたフィードバックを共有することができ、大変貴重な機会となりました。また、このサイドイベントの大多数の参加者に Global Competency Framework プロジェクトに参加したいと希望してもらえたので、サイドイベントの目的を達成できたと感じました。

おわりに

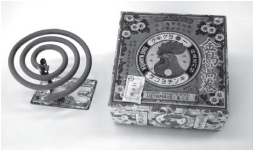
インターンシップ開始とほぼ同時にスタートした Global Competency Framework プロジェクトに参加させていただき、WHO でのプロジェクトがどのように始まり進んでいくのかを学ぶことができました。また、決まっていないことが沢山ある段階から参加したことで、多くの意見を出し、能動的にプロジェクトに関わることができたと思います。一方で、複数機関のメンバーで構成されるチームの意見をまとめていくことはとても難しいと感じました。世界中に居るチームメンバーとの会議は電話会議で行っており、直接会うのに比べて意思疎通が難しいというのに加え、それぞれの分野の第一線で長年活躍されているからこそ譲れない部分などもあり、意見がまとまらないまま会議が終わることも多くありました。しかし、The 4th Global Forum on Human Resources for Health にほとんどのメンバーが参加していたので、直接問題点を話し合うことができ、それも良い経験となりました。

本格的にフレームワークの作成が始まる前にインターンシップ期間が終了してしまったのですが、ここで学ばせていただいたことを大切に、今後保健医療人材教育や国際保健分野に貢献できる人材になれるよう、引き続き頑張っていこうと思います。

最後に、このような機会を与えてくださった日本 WHO 協会様、スーパーバイザーの Mr. Dhillon Ibadat をはじめ Health workforce department の皆様、WHO 事務局長補山本尚子先生、WHO 執行理事中谷比呂樹先生をはじめ邦人職員の皆様、紅谷明様をはじめ在ジュネーブ国際機関日本政府代表部の皆様、国連日本政府代表部大使星野俊也先生、野崎慎仁郎教授、磯博康教授、その他関係者の皆様にこの場を借りて厚く御礼申し上げます。

広告

化学遺産に認定されました【日本化学会　認定化学遺産　第041号『日本における殺虫剤産業の発祥を示す資料』】



初期の渦巻型蚊取り線香

金鳥の渦巻

日本で初めての
エアゾール殺虫剤

キンチョール

日本の殺虫剤産業は、弊社創業者の上山英一郎と除虫菊との出会いから始まり、有用な化学製品である世界初の蚊取り線香やエアゾール殺虫剤の製品化、ならびに除虫菊に含まれる有効成分・ピレトリン類に関わる化学的研究を礎として現在に至っております。

KINCHO

●ロシナンテスの下で研修を受けて

スーダン滞在経験から

ザンビア診療所建設プロジェクトへ

秋田大学医学部医学科３年　宮地貴士

Takashi Miyachi

1997 年　東京都生まれ

2015 年　秋田大学医学部入学

国境なき医師団の活動を見て、国際的な活動に関心を抱く。その後、「病の“背景“を治療する」という川原尚之先生の言葉に出会い、医師になることを決意。

2016 年夏、川原先生が理事長を務め、スーダン共和国で活動する認定 NPO 法人ロシナンテスの下で研修を受ける。また、大学１年生の頃より国際医学生連盟 日本（IFMSA-Japan）の Africa Village Project に所属。2017 年４月よりプロジェクトメンバーとともに、ザンビア共和国の無医村地区に診療所を建設する取り組み「ザンビア・ブリッジ企画」をスタートさせた。

「ザンビア風お好み焼きを販売して、ザンビアに診療所を建設するぞ！」

掲げられた壮大な目標の実現のために、私たちは斬新な方法で挑戦を続けている。

その根底には初めて上陸したアフリカの国、スーダンでの経験が関わっていた。

スーダンで活動する NPO､ロシナンテスの下での経験から今に至るまでを振り返る。

«未開の地スーダン~人生観の変わる旅～»

「長年のあこがれだったロシナンテスの下で、途上国における医療を学ぶぞ！」

2016 年夏、高揚する気持ちを抑えながら私はスーダンへ飛び込んだ。川原先生の話す「病の“背景“を治療する」とは具体的に何を意味するのか。自分の目と耳で体感し将来設計の一助とすることを目指していた。だが、この二週間のストーリーは医療研修という話だけにとどまらない。全てが新鮮なスーダンという土地で五感を解放した私が感じ、考え始めたのは、ヒトへの根源的な問いであった。

「真の幸せとは、豊かさとは何か」

«二週間に及ぶ研修で、途上国における医療を学んだ»

巡回診療や井戸開発に加え、スーダンという国の事情に合った医療機器開発、南スーダン出身の学生との交流事業、病院建設など、ロシナンテスの活動は多岐に及ぶ。ここでは、「疾病を治す」といった狭義の医療ではなく、人生を豊かにするものとしての医療が広がっていた。昨今はスーダン保健省と協力しながら保健システムの構築に取り組んでおり、“川原尚之”という一人の医師だけではなく「このシステムがあるから安心だ！」と、スーダン人が語れる日が来ることを思い描いている。ロシナンテスは現地の人々が自ら回せるシステムを作ることで、最終的には活動地から去ることを目標とする『ロシナンテスモデル』を提唱し、今後も新たな土地へと医療を届けていく。医学生の私は、異国の地スーダンに広がっている医療の可能性に無類の興奮を覚えると同時に、将来は世界中に“医療”を届ける一員となることを決意した。

«スーダン人との出会いが私の途上国に対するイメージを変えた»

途上国での医療について、生活環境を含めた包括的なアプローチが必要だと痛感した旅であったが、それ以上に私の心に焼き付いていることがある。それは『スーダン人との出会い』だ。“お節介”の精神で他人に全力で介入してくる人々。人と人のつながりが強く、うつ病や自殺が起きるような風潮もほとんどない。日本人も見習うべき程のおもてなしの心。幾度となくお茶を振る舞い歓迎してくれた。大らかで寛容な気性。シリア難民をビザなしで受け入れ、

教育や医療サービスを自国民と同様に提供している。

田舎の村ではナイル川に飛び込み、流れ星を浴び、裸足で大地を踏みしめ、無邪気な子供たちと戯れ、村人たちと強い握手を交わす。これら一つ一つが私の中にある、貧困、テロ支援国家、内戦を抱える国、というスーダンに抱いていたステレオタイプを図らずも打ち壊していった。そして、次の問いとの出会いは必然であった。

«真の幸せとは、豊かさとは何か»

確かに経済的にみればスーダンは途上国であり、貧しい国として定義される。物質主義に走れば、日本は進んだ国であろう。私たちは、スーダンに対して“危険”や“貧困”といったネガティブな面しか知らず、逆にスーダンの人々も日本は“テクノロジー”や“長寿”などといったポジティブな面しか知らない。しかしながらスーダンでは、人と人のつながり、コミュニティの完成度、生きることへの泥臭さという点に置いて、私たちには測りがたい“幸福の物差し”があると感じた。モノにあふれ何でも手に入る社会、限りある中で工夫を凝らしながら利用していく社会。一人一人価値観は異なり、二項対立で考えることはできない。この問いに対する答えもないのであろう。大事なのは、お互いの社会を尊重し学び合えるような関係性だ。

この気づきが現在の私たちの活動の根底にあり、“ザンビア・ブリッジ”に込めた想いでもある。
話を私たちの活動に移す。

«一通のメールから始まった壮大な挑戦»

スーダンから帰国後の 2016 年秋、私が所属する医療系学生団体、国際医学生連盟 日本（IFMSA-Japan）の下に一通のメールが来た。

「ザンビア共和国にあるマケニ村が診療所を建設しようと取り組んでいる。しかしながら、資金難に陥っているようだ。君たちにできることをしてみないか。」
私がメンバーを代表してマケニ村を訪問することになった。首都から車に揺られること 4 時間、電気・ガス・水道もない村にたどり着く。そこで暮らしていたのは、スーダンで感じたのと同じような、自然と調和した本来の“ヒト”らしい生活をする素敵な人々だった。どこからともなく集まり談笑をはじめ、時間の流れを気にしない、のんびりした生活。お互いを理解し、支え合うコミュニティの温かい心。素敵な文化が広がっている一方で、村に診療所はなく、医療を受けるためには、妊婦や老人、病人であろうと 4 時間かけて歩く必要がある。この現状を変えるべく、村人たち自身が立ち上がり診療所の必要性を訴えたのだ。自分たちで 40,000 個を超えるレンガを製造し、資金の拠出もやろうと意気込んでいる。彼らの強い思いに突き動かされ、私たちも診療所建設に協力することを決意した。

«活動の軸は、ザンビア風お好み焼きの販売»

診療所建設に必要な資金額は 940 万円であり、私たちはそのうちの 300 万円を 2 年間で集める。不足分は、現地の NGO がその他の団体に助成を呼び掛ける計画だ。私たちが資金を集める手段として選んだのは、ザンビア風お好み焼きを販売すること。ザンビアの主食であるトウモロコシの粉を生地に使い、現地でよく食されているトマトと豆を煮込んだソースをかける。私たちが目指すのはザンビアの文化と援助の交換だ。「ザンビアに医療施設がない」という負の側面だけに目を向けるのではなく、現地の人々の代弁者となり魅力も課題もバランスよく発信していく。企画が立ち上がってから 8 カ月、お好み焼きは 1700 食以上販売し、資金も約 100 万円を集めた。伝える文化の幅も広がり、ザンビアの布を使った手芸品の販売やアフリカ音楽コンサートも開催している。

«大事なのはフォローアップ»

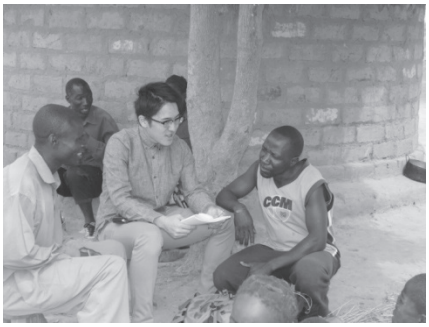
診療所が建てば、村人たちはもちろん、応援して下さっている方々も嬉しいだろう。しかしながら、これまで何もなかった村に診療所を建てるという行為は大きな責任を伴う。良かれと思ってやった行為が逆に新たな格差や対立を生み出し、コミュニティの破壊につながってしまうかもしれない。私たちが見えていないデメリットが生じる可能性も否定できない。大事になってくるのは、フォローアップだ。診療所を建てて終わりではなく、マケニ村を長期的に見守ることで無医村地域に診療所を建てるとはどういうことなのか、メリットと新たに生じる課題に向き合っていく。当面は、日本国内での資金集めに奔走することにな

りそうだが、村人たちとの信頼関係構築、診療所運営に関するザンビア保健省との契約など建設後のことも考えながら、今後も駆け抜けていく覚悟だ。

«ザンビア・ブリッジに込めた想い»

「一方的に支援するのではなく、この活動を通してザンビアからも学べるはずだ！」その漠然とした思いは、確信へと変わりつつある。今までザンビアの名前すら知らなかった人も、日本にいながらザンビアの料理を食べること、さらにザンビアの音楽に合わせて踊ったことで、現地の文化に親しみを持ってくれた。更に、その方々から他の方々へザンビアの食べ物や文化の魅力が伝わり、支援者のコミュニティは広がってきている。ザンビアをきっかけに、私たちの周りで温かいコミュニティが出来上がってきたのだ。この温かいコミュニティこそ、ザンビアで学び、日本に伝えていきたいと感じたことだ。今後はこのコミュニティの可能性を探りながら、その力を結束して世界に医療を届けて行きたい。

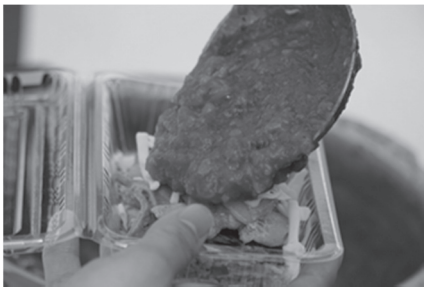
最後になりますが、スーダンの日々から今日に至るまで支えて下さった皆様に、この場を借りて御礼申し上げます。



村人に話を聞く様子

川原先生とともに

ザンビア風お好み焼き出店の様子



ザンビア風お好み焼き

スーダンでスーフィーダンスを踊った

ザンビアの布から
メンバーが手作りした手芸品

広告

TICAD VI（第6回アフリカ開発会議）での展示

マタニティセンターでの手洗い教育

HOSPITAL HAND HYGIENE PROJECT! 100%

SARAYA

病院で手の消毒100%プロジェクト

東アフリカでの院内感染をなくすために。
SARAYAは、アルコール手指消毒剤の普及を進めています。

出産時、産後の手指消毒の徹底

開発途上国では十分な設備がないまま出産するケースが未だ多くみられ、
新生児死亡率や乳児死亡率が高い国がたくさんあります。
そのためSARAYA East Africaでは出産時、産後の手指消毒の徹底を推進しています。

WHO（世界保健機関）は
医療従事者の手指衛生を徹底し院内感染予防を目指す
「**Clean Care is Safer Care**」キャンペーンを
途上国、先進国問わず世界中の医療現場で推進しています。

SARAYA サラヤ株式会社
大阪市東住吉区湯里 2-2-8
0120-40-3636 http://www.saraya.com/

SARAYA East Africa
Address: P.O. Box 23740, Kampala, Uganda Tel: +256-(0)312-72-72-92
Email: info@saraya-eastafrica.com Web Site (Eng): http://worldwide.saraya.com/

日本WHO協会フォーラム
健康寿命をのばそう
～フレイルを予防して～

（公社）日本 WHO 協会は大阪市健康増進計画「すこやか 21」の趣旨に賛同し、「すこやかパートナー」として活動しています。

健康寿命と平均寿命の差（健康上の問題で日常生活に支障のある期間）は、男性 8.8 年、女性 12.4 年となっており、健康寿命を伸ばすことは大きな課題となっています。高齢者が要介護状態に陥る過程には意図しない衰弱、筋力の低下、活動性の低下、認知機能の低下、精神活動の低下など健康障害を起こしやすい脆弱な状態（中段階的な段階）を経ることが多く、これらの状態をフレイルといいます。このフレイルは早期に発見し適切に介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが可能であり、国や自治体においても様々な取組みが始まっています。WHO でもヘルシーエイジング等の高齢者対策のなかでフレイルを取り上げています、

今回のフォーラムでは、この分野の第１人者である葛谷先生にフレイルの多面性など全体概要をお話いただき、田中先生にはフレイルの一部でもあり増悪要因にもなるオーラルフレイルについて、また口腔ケアの大切さについてもお話をいただきます。　皆様のご参加をお待ちしております。

講演「フレイルを知って、健康寿命を伸ばす」

名古屋大学大学院医学系研究科　教授 葛谷 雅文　氏

地域在宅医療学・老年科学講座（老年内科）

講演 「オーラルフレイル～気づきと予防」

大阪歯科大学有歯補綴咬合学　准教授　田中　順子　氏

●開催日時　**平成 30 年 3 月 5 日（月）　13：30～16：00**

●会　　場　**大阪市立大学文化交流センター**（受付開始；13：00）

(大阪駅前第 2 ビル　6 階)

●資料代　**1,000 円**　　●定　員　**80 名（先着順）**

◆申込方法；　**FAX またはﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞよりお申込みください。**

http://www.japan-who.or.jp/FS-APL/FS-Form/form.cgi?Code=seminar1

後援:（一社）大阪府医師会、（一社）大阪府歯科医師会、（一社）大阪府薬剤師会、（公社）大阪府栄養士会

主催:公益社団法人日本 WHO 協会

寄付者のご芳名

当協会にご寄付いただいた方々のご芳名を掲載させていただきます。

匿名希望を除く。50 音順、2017 年 11 月～2018 年 1 月

寄付者のご意向に従い、協会活動の充実を図るべく努力する所存でございます。

ここに「目で見る WHO」の紙面をかりて厚くお礼申し上げます。

サラヤ株式会社様　　**(一社)生産技術振興協会様**

前(64)号のあらまし

●フォーラム「うつ病～一緒に話そう～」開催報告

「世界と日本と自分のうつ病」杉浦寛奈

●特別寄稿「新型タバコにどのように対応するべきか」

大島　明

●特別寄稿「プライマリヘルスケアーアルマアタ宣言から 40 周年を迎えて」　中村　安秀

●第 7 回 jaih-s との共催企画フォーラム 開催報告

「UHC とは？～上からのアプローチ～」　渡辺　学

「草の根活動から考える UHC」　本田　徹

前々(63)号のあらまし

●フォーラム「口の健康 Part-3」開催報告

「咀嚼の大切さ」～おいしさを提供する補綴歯科～

田中 昌博

「歯周病と生活習慣病との関係」 深田 拓司

●国際保健医療の新しいあり方　「だれひとり取り残さない国際保健医療をめざして」　中村 安秀

●WHO 本部研修報告

「医療の質を改善するための WHO の活動」 時田佳次

広告

応援します。お気軽にご相談ください。

信頼で地域とつながる

大阪シティ信用金庫

本店 〒541-0041 大阪市中央区北浜2-5-4 TEL(06)6201-2881(代表)

グローバルな視野から健康を考え、国の内外で人々の健康増進につながる諸活動と WHO 憲章精神の普及活動を展開しています。私たちの活動に賛同し、継続的ご支援頂ける方の入会をお待ちしております。

会員種別	年会費	
正会員　個人		50,000 円
正会員　法人		100,000 円
個人賛助会員	1 口	5,000 円
学生賛助会員	1 口	2,000 円
法人賛助会員	1 口	10,000 円

※公益社団法人 **日本WHO協会推奨商品等の禁止について**
当協会では、特定の商品やサービスについてその品質性能等をWHO に関連付けて評価・認定・推奨するような活動は一切行っておりません。また、会員に対しても倫理規定を設け、当協会名を利用して消費者に誤認を与えるような商品販売・広告等の営業活動を行うことのないよう周知徹底いたしております。もし、当協会が関与したかのような事象にお気づきの場合には、事務局までご一報ください。　公益社団法人日本WHO協会

機関誌　目で見る WHO　第 65 号

2018 春号　平成 30 年　3 月 1 日　印刷
平成 30 年　3 月 6 日　発行

発行者　関　淳一
発行所　公益社団法人 日本WHO協会
〒540-0029 大阪市中央区本町橋 2-8
大阪商工会議所ビル 5F
TEL 06-6944-1110　FAX 06-6944-1136
E-Mail info@japan-who.or.jp
URL http://www.japan-who.or.jp/
印　刷　久宝株式会社　TEL　06-6946-0867

無断転載お断りします