

第2回北多摩南部地域認知症連携会議 参加者名簿

市		所属機関	氏名	備考	市		所属機関	氏名	備考
三鷹市	行政	高齢者支援課	吉田 克秀		小金井市	行政	介護福祉課	高橋 美月	
		高齢者支援課	桑田 修				介護福祉課	高橋 弘樹	
	地域包括	連雀	佐久間 美苗				介護福祉課	本木 典子	
		三鷹駅周辺	加藤 充良			地域包括	小金井きた	松嶋 聡子	
		西部	服部 将志				小金井にし	久野 紀子	
	医師会	本田医院	本田 理	院長		医師会	久慈医院	小林 久慈	院長
		若林医院	若林 研司	院長		病院	小金井つるかめクリニック	関山 多真子	院長
		くぼかわ内科医院	窪川 良廣	院長			桜町病院	寺田 久子	精神神経科医師
	病院	井之頭病院	菊池 健	院長			桜町病院	千葉 優喜子	SW
		井之頭病院	木下 文彦	副院長			武蔵野中央病院	牧野 英一郎	院長
		井之頭病院	川口 真知子	医療相談室			武蔵野中央病院	池 光	SW
		長谷川病院	石塚 卓也	副院長					
長谷川病院		東 晋二	精神科医師						
武蔵野市	行政	高齢者支援課	毛利 悦子		狛江市	行政	介護支援課	加納 松男	
		高齢者支援課	長坂 朋子				介護支援課	稲川 麻美	
		高齢者支援課相談支援係	金子 千香子			地域包括	あいとびあ	大谷 美樹	
	医師会	田原医院	田原 順雄	院長			こまえ苑	大山 富士子	
		病院	武蔵野赤十字病院	鎌田 智幸			神経内科部長	こまえ正吉苑	小縄 一枝
	武蔵野赤十字病院		斉藤 恭子	看護師		医師会	一の橋内科皮フ科	萬納寺 栄一	院長
	武蔵野赤十字病院		大川 真央	SW		病院	東京慈恵会医科大学第三病院	矢野 勝治	精神神経科医師
			東京慈恵会医科大学第三病院	鈴木 亜都佐	総合医療支援センター				
調布市	行政	高齢者支援室	関口 浩秀		都	東京都多摩府中保健所	柳澤 智仁	歯科保健担当課長	
		高齢者支援室	内藤 真弓			杏林大学病院認知症疾患医療センター	神崎 恒一	センター長	
		高齢者支援室	川手 智子				松井 敏史	医師	
		高齢者支援室	小林 輝				平田 浩一	地域医療連携室	
	地域包括	せいじゅ	山口 加代子				天良 功	庶務課	
		調布八雲苑	高久 美樹				浦川 直美	認定看護師	
	医師会	仙川さとうクリニック	佐藤 正邦	院長			杉町 香	SW	
		西田医院	西田 伸一	院長			名古屋 恵美子	SW	
	病院	青木病院	青木 浩子	理事長					
		青木病院	青木 誠	医師					
	府中市	行政	高齢者支援課	安齋 勉					
			高齢者支援課	三竹 聡					
高齢者支援課			石谷 佳代						
地域包括		あさひ苑	岡村 敬子						
		緑苑	樋口 和子						
医師会		松尾医院	松尾 龍一	院長					
病院		多摩総合医療センター	成島 健二	精神神経科医師					
		多摩総合医療センター	木村 達	SW					
		都立神経病院	坂東 充秋	神経内科医師					
		根岸病院	青柳 宇以	医師					
	根岸病院	伊澤 ふみ子	SW						

## 第 2 回北多摩南部地域認知症連携会議 議事録

平成 25 年 11 月 18 日（月）19：00～20：30

出席者 別紙出席者名簿参照

## &lt;開会&gt;

<「今後の認知症対策の方向性について一国、都の考え方」センター長神崎恒一より>  
『今後の認知症施策の方向性について』の概要図に沿って解説

オレンジプラン（今後 5 ヶ年について認知症を地域で支えていくためのシステム  
づくり）を進めていくためのテーマ 1～7 が掲げられている。

認知症初期からかなり進んだ段階のさまざまな段階の方々に、医療と福祉・介護そ  
の他が具体的な形で提供できるシステムをそれぞれの地域で構築していくという骨  
子

## &lt;各市の認知症連携の取り組み状況の報告&gt;

三鷹市…市役所高齢者支援課桑田氏より

- ・連携に関して、三鷹武蔵野認知症連携を考える会 WG を作り、もの忘れ相談シ  
ートを作成し運用している。三鷹市の運用 96 件（今年度 18 件）。実際の使用に  
よりどんな形で連携につなげていけたかということ、WG を通して検証してい  
く。
- ・市長が「認知症にやさしい三鷹」と題して力を入れて取り組んでいる。市民や  
認知症の方への啓発。サポーター養成講座、子ども向けの講座を行い、サポータ  
ー養成講座には、市職員全員が受講することを目指している。認知症ケアパスへ  
の取り組みを市の重点課題としている。
- ・サポート医は 43 医療機関。

武蔵野市…高齢者支援課長坂氏より

- ・三鷹武蔵野認知症連携を考える会を作り活動。シートの運用は、110 件の実績。
- ・もの忘れ相談医 58 か所。シートについてのアンケート実施後 10 件増。
- ・市で抱える課題の把握のため、ケアマネ研修や医師会に向けてアンケートを実  
施
- ・認知症ケアパスについては、シートや市サービスを整理し、どのような流れに  
なっているのかについて「見える化」していくこと、さらに何が足りないのかを  
検証していくことが必要と考えている。早期発見早期対応の流れを確立してい  
きたい。

調布市…高齢者支援室川手氏より

- ・H24 年 11 月から、行政、包括、医師会、病院で準備会を発足し、今年度から

連携会議を開催している。1,2回は杏林認知症疾患医療センターと調布市で互いの状況把握と方針について検討。3回目は武蔵野市地域包括と三鷹市医師会の協力を得てシートに関する説明を聞いた。4回目は事例検討会を行った。

- ・サポート医については、資料参照。
- ・課題としては、医療者・介護関係・市民も認知症に対する理解が進んでいない状況が分かった。今後、啓発活動について話し合う予定。連携についてシステムづくりが必要。来年度は認知症のケアパスについて検討すすめていきたい。

#### 府中市…高齢者支援課石谷氏より

・前回の本会議を受けて、その参加者を中心に連携会議をスタート。1回目認知症対策・連携に関して、各メンバーが課題と感じていることをピックアップした。2回目以降、居宅支援事業者や近隣の認知症専門医療機関も参加。システム作りとして「もの忘れ相談シート」を活用して、まずは、連携会議メンバーで試用。医師会に協力依頼。3回目、府中市版のシート作成を進めている。医師会・居宅介護支援事業所連絡会への周知を行っている。

- ・今後の課題として、市民や関係者が活用しやすいものにしていくこと。関係機関への支援が必要。もの忘れ相談医の活用や医療機関の情報収集。市民への周知など課題があり、連携会議を開催し、市の施策にのせて検討していきたい

#### 小金井市…医師会小林氏より

・H23年に、三鷹武蔵野認知症連携を考える会にオブザーバー参加し、それから準備を進めている。連携会議をもち、三鷹武蔵野に準じたシートを使用していくことを確認。5月より仮運用、9月にケアマネへの研修会を行い、本格的な活用を開始。

- ・協力医療機関は、CTと診断可能な医療機関は5か所、相談医28か所。
- ・課題は、シートを利用したいというケアマネがあまりいない。シート使用の検証が必要。医療機関への周知不足。
- ・今後の取り組みとしては、連携会議を定期的で開催し、ケアマネや地域包括・市担当と連携を深めていきたい

#### 狛江市…介護支援課加納氏より

・昨年の本会議以降、3月に連携会議を開催。医師会、慈恵第三病院のSW、精神科医、地域包括、市が参加。もの忘れ相談シートの作成について、三鷹武蔵野版を基盤として狛江版をつくる。認知症の疑いのある人を専門医につなげるために、市民にわかるフローチャートと認知症患者を診る医療機関リストを作成することになった。シートについては、現在作成中。フローチャートとリストについ

て、まずアンケートを市でつくることになっている。

・課題としては、地域包括ケアシステムをつくるにあたって、医療と介護の連携について、次年度から検討会を持つ予定。認知症の連携を統合した形で検討。

#### <質疑・意見交換>

「連携してきた上で実際に困っていることなどについて」

青木病院・青木医師…調布市は、大きなセンター病院がない。一局集中を避けるという意味でも連携を考えている。青木病院は認知症 50 床と内科 50 床。家族からすると、BPSD で直接精神科というのは抵抗があり、内科で受けている。しかし、50 床なのですぐに限界がくる。また、シートがどのくらいの件数で役に立てるのかという点が悩んで知るところ。助けてと言えない人への対応やアウトリーチなどを毎回の会議で問題になっている。

##### 1) BPSD 対応や精神科病院への入院について

根岸病院・青柳医師…BPSD がどうしてもなくなってから依頼を受けることが多い。精神科病院として、受け入れていける体制が病院としても必要。また、かかりつけ医(内科医)の患者が眠剤による薬剤性のせん妄になることが問題と感じる。早めの紹介により、解決するケースもある。また、内科医向けの研修等で薬の使い方や早めに紹介いただくことを周知していくことも必要と思う。

武蔵野中央病院・牧野医師…精神科・内科病棟あり、外来も行っている。精神科病床にバリアフリーの病棟もあり、内科病棟と精神科病棟にて適宜対応している。内科の入院患者でも精神科の必要な患者がいる。それらの患者の中には、以前、精神科医が出した抗精神科薬を介護施設等に移ったあとも止めずに使いっぱなしになっている現状がある。

神崎センター長…BPSD に対する抗精神薬の使い方は難しい。かかりつけ医のためのガイドラインを活用できる。

慈恵第三病院・矢野医師…院内や市内に精神科の病棟がないため、入院が必要な場合、近隣の精神科病院へお願いしている。外来通院については、地域の先生と連携をとりながら対応している。

三鷹市医師会・窪川医師…内科医として、BPSD の薬物対応に苦慮している。例えば、メール等にてアドバイス頂けるようなシステムがあると助かると思っている。

神崎センター長…精神科病院への入院が必要な患者状態像の明確化についての検討が必要。それぞれの地域で受け入れの現状が異なるので、地域全体として検討していくことが必要ではないか。

## 2) もの忘れ相談シートの活用について

武蔵野市・金子氏より…シートを使用してよかったと思う時は、ご本人が認知症と認めていない時にケアマネがアプローチしかかりつけの先生とご本人をどう支えていくかという相談ができた場合。また、ご家族の認識も難しい際、家族といっしょにシートを記入していくと、ご本人の状態を確認しつつ進めていける。医師の意見も取り入れながら、サービス利用の必要性を理解頂く。

神崎センター長…医師としては、具体的にコンパクトに情報がまとめられていることで、何が問題になっているかを掴みやすい。家族が何を困っているのかが見えやすい。そうすれば、サービスの提供、具体的に何が必要か、支援策がわかり、医師と介護支援者とで共有できる。

三鷹市西部地域包括・服部氏より…シートについて、連携がとれている機関としては、まどろっこしい状況もあるが、連携がとれていない機関間において、シートをきっかけとして連携が作られることが多分にある。シートをツールとして使うことと、連携でつながっていくことをリンクして考え、敢えてシートを使う。医師会の先生としては、シートについて理解がないと、ケアマネが説明をする必要がでてくる。その説明をすることが連携をとることにつながる。家族が持っていくだけでは、事態が理解できずお叱りを頂くことにもなる。シートは、連携作りの媒体にする。数よりも、中身が重要。ケアマネにとっては書くことが増えるので、負担に感じることもあるが、連携のきっかけとなった成果を、ケアマネに紹介していくことが有意義と考えている。

神崎センター長…それぞれの市で連携を進めて頂いている状況を確認できた。さらに具体的に、顔が見える連携を進めて頂き、もの忘れ相談シートについて、三鷹武蔵野のものをたたき台に各市で活用しやすいものにして頂きたい。また、市内や圏域内だけで認知症対応が解決できるわけでもないの、さらに広げた連携も必要である。

## <自由討論>

各市のテーブルにて、振り返りや今後の取り組みについて話し合いがもたれた。

以上

## (1)研修会

## ①研修会の開催

日時	場所	対象者 ※	内容	参加人数
2013/5/9	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	「アルコールと認知機能障害」	26人
2013/10/24	杏林大学病院	かかりつけ医	「高次機能障害に関する最新知見」	60人
2013/11/16	杏林大学病院	市民	市民公開講座「上手な年のとり方～認知症の予防と治療ウイズエイジングの考え方」	140人
2014/1/18	杏林大学病院	急性期病院看護師	看護師認知症対応力向上研修	38人
2014/2/13	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	「アルツハイマー病：日常診療のヒント」	

## ②研修会等への出席

日時	場所	実施主体	内容
2013/4/25	武蔵野プレイス	武蔵野薬剤師会	「認知症と治療薬の効果」
2013/7/31	三鷹市医師会館	三鷹市医師会	「認知症の背景因子—生活習慣病との関連」
2013/9/6	武蔵野プレイス	北多摩南部地域各市医師	認知症を地域で考える会
2013/9/24	小金井市医師会館	小金井市福祉保健部	小金井市認知症連携シート活用研修
2013/9/26	特別養護老人ホーム鳳仙苑	府中市地域包括にしふ	家族介護教室「認知症について学ぼう」
2013/10/16	武蔵野市高齢者総合センター	武蔵野市福祉公社	「認知症の理解と最近の治療の動向」
2013/11/5	調布市医師会館	調布市医師会	調布市医師会認知症勉強会

## ③区市町村が開催する会議等への出席

日時	場所	実施主体	内容
2013/4/15	小金井市医師会館	小金井市	小金井市認知症連携会議
2013/5/17	調布市文化会館たづくり	調布市	調布認知症連携会議
2013/7/8	小金井市医師会館	小金井市	小金井市認知症連携会議
2013/7/19	調布市文化会館たづくり	調布市	調布認知症連携会議
2013/7/30	府中市役所	府中市	府中市認知症連携を考える会
2013/9/5	調布市文化会館たづくり	調布市	調布認知症連携会議
2013/10/22	府中市役所	府中市	府中市認知症連携を考える会
2013/11/11	小金井市医師会館	小金井市	小金井市認知症連携会議
2013/11/15	調布市文化会館たづくり	調布市	調布認知症連携会議
2014/1/16	調布市文化会館たづくり	調布市	調布認知症連携会議
2014/2/17	小金井市医師会館	小金井市	小金井市認知症連携会議
2014/2/18	府中市役所	府中市	府中市認知症連携を考える会

## (2)連携協議会の開催状況

平成25年4月22日 三鷹武蔵野認知症連携を考える会 参加者42名  
 平成25年7月22日 三鷹武蔵野認知症連携を考える会 参加者45名  
 平成25年7月29日 多摩エリア認知症疾患連絡会 参加者23名  
 平成25年10月21日 三鷹武蔵野認知症連携を考える会 参加者46名  
 平成25年11月18日 北多摩南部地域認知症連携会議 参加者64名  
 平成26年1月27日 三鷹武蔵野認知症連携を考える会 参加者40名

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

分担研究報告書

「病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業」

(H25－認知症－一般－002)

## 我が国と世界における認知症及び MCI 有病率に関するシミュレータの作成

研究分担者 木之下徹（医療法人社団こだま会こだまクリニック）

報告者 河野禎之<sup>1)</sup>・木之下節夫<sup>2)</sup>・神戸泰紀<sup>2)</sup>・木之下徹<sup>2)</sup>

1) 筑波大学人間系障害科学域

2) 医療法人社団こだま会こだまクリニック

### 研究要旨

将来の認知症施策に向けて基礎的な情報を得るため、我が国の最新の疫学調査の結果を踏まえ、国連加盟国各国における認知症ならびに Mild Cognitive Impairment (MCI) の人の人数、有病率等について、2100年までのシミュレータを作成した。その結果、予測式における出生率を

「constant as of 2005-2010」、死亡率を「normal」とした場合、我が国の認知症の人数は、2013年では465万人であるが、2014年では500万人を超え、2034年では800万人、2065年での985万人というピークを迎えると予測された。一方、MCIの人数は、2012年では456万人であったが、2045年には600万人を超え、2054年に616万人というピークを迎えると予測された。また、2015年の時点では日本の認知症有病率は世界でトップであり、2070年に香港と韓国に抜かれるまで1位を維持することが示された。くわえて、その時点での有病率は24%であり、2100年まで高い水準で推移することが示された。したがって、世界の中でも日本は特筆すべき高い有病率を抱えており、それだけに日本の認知症施策は世界においても極めて重要な位置付けにあると考えられた。

### A. 研究目的

2013年12月11日に認知症を議題とした初のG8（G8認知症サミット）がロンドン（英国）で開催されたことは、認知症に関わる諸問題が世界共通の取り組むべき優先課題として認識されたことを意味する象徴的な出来事である。この背景には、65歳以上の高齢者人口が全世界でおよそ5億人を数えるなかで<sup>1)</sup>、認知症の人の数も世界全体で3,500万人を超え<sup>2)</sup>、今後も急速に増加することが明らかであるという現実が強く反映されているものと考えられる。また、社会経済的にも年間推定6,040億ドル（1ドル=100円の場合およそ61兆円）ものコストが算出されている現状は<sup>2)</sup>、医療・福祉以外の分野にとっても多大な影響をもたらしているといえる。昨年度に我々が報告したように、各国の認知症国家戦略は上記のような流れを受け（あるいは流れの源流

として)、策定と実施が取り組まれてきた。G8 においてもサミット後の共同声明では、認知症に関連する調査及び研究への強化や、そのための制度面・経済面での枠組みの整備、認知症の人と介護者への支援の強化、認知症へのスティグマ（偏見）と不安の軽減といったものが取り組むべき項目として挙げられている<sup>3)</sup>。

これらの国家戦略、世界戦略の策定及び実施において、高齢化率や認知症の有病率及びその予備群ともいうべき Mild Cognitive Impairment (MCI) の有病率は、その基礎となる重要な情報である。最近では各国の認知症有病率に関する Review が報告され<sup>4)</sup>、世界における 60 歳以上の人口における認知症の有病率は概ね 5%~7%の範囲にあることが示されている。また、我が国においても、詳細かつ大規模な疫学調査に基づく有病率が報告された<sup>5)</sup>。その中では、認知症の有病率はおよそ 15%であることが示されている。くわえて、MCI の有病率 (13%) に関する報告も示されており、これまでにない詳細な手続きが踏まれた特筆に値する内容といえる。

このように、高齢化率や認知症及び MCI の有病率への関心の高まりとともに、詳細な人口統計学的、疫学的調査の結果が報告なされている。一方で、これらの推計値の算出や、特に将来推計値の算出には、出生率や死亡率等の推計パターンを踏まえた数種の推計値が算出される前提があることから、結果の出力は複雑であり、記述的な理解が容易ではないことも課題である。したがって、これらの結果に簡易にアクセスでき、視覚的に理解できる出力を備えたツールは、今後の研究及び実践において非常に有用な役割を果たすと考えられる。

そこで、本報告では、認知症施策の国際比較を考える上で、各国の人口、高齢化率、認知症の人数、MCI の人数の将来予測は有用な基礎情報になると考え、上述のような情報を活用し、簡易に認知症関連指標（認知症有病率、MCI 有病率等）について視覚的に理解するためのシミュレータを開発、提供することとした。

## B. 研究方法

Visual Studio C# 2010 を用い、Windows 上の .NET Framework 4 で作動するアプリケーションとして、シミュレータ（以下、本シミュレータ）を作成した。

### 1. シミュレータの概要

本シミュレータは以下の機能を有する。

#### 1) 国比較モード

選択した国（或いは地域）における推移をグラフ（あるいはデータグリッド）で表示する。この場合、予測式は一つだけ選択ができる（Fig. 1）。

#### 2) 予測式比較

選択した予測式における推移をグラフ（あるいはデータグリッド）で表示する。この場合、国は一つだけ選択できる（Fig. 2）。

#### 3) 年次固定（Top 20 ヶ国）

選択した予測式と年次（西暦）における全世界の国ランキングをグラフ（あるいはデータグリッド）で表示する（Fig. 3）。



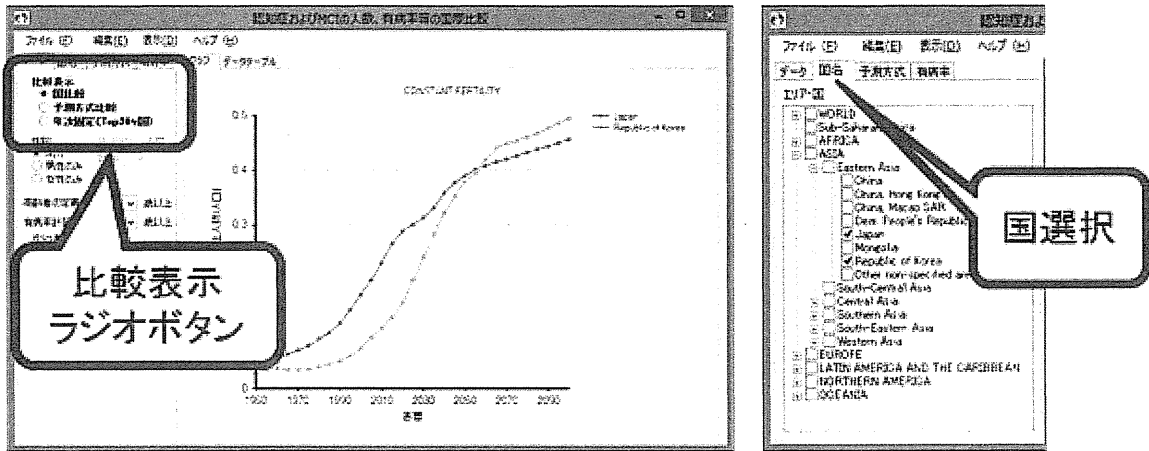


Fig.1 国比較 (左) と国選択 (右)

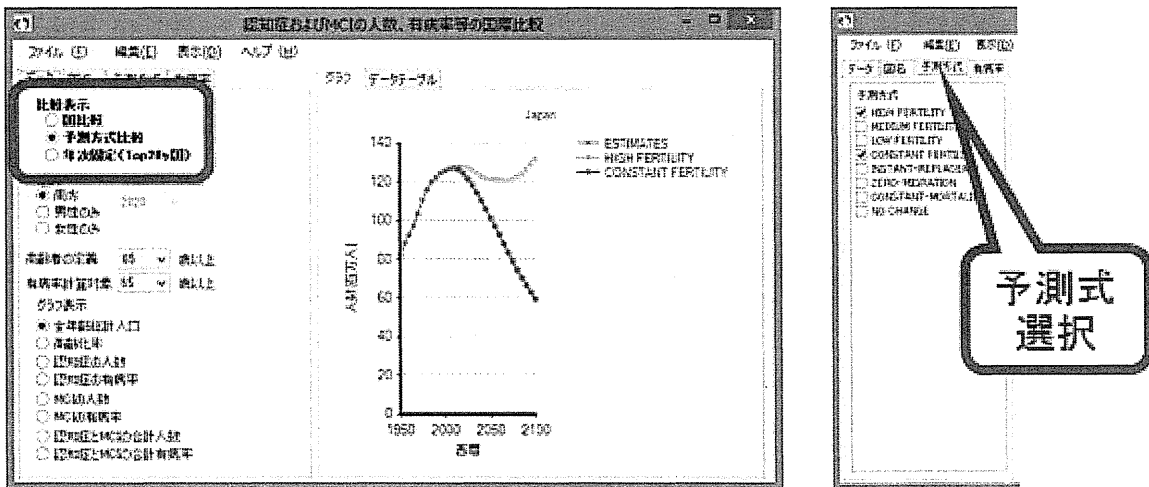


Fig.2 予測式比較 (左) と予測式選択 (右)

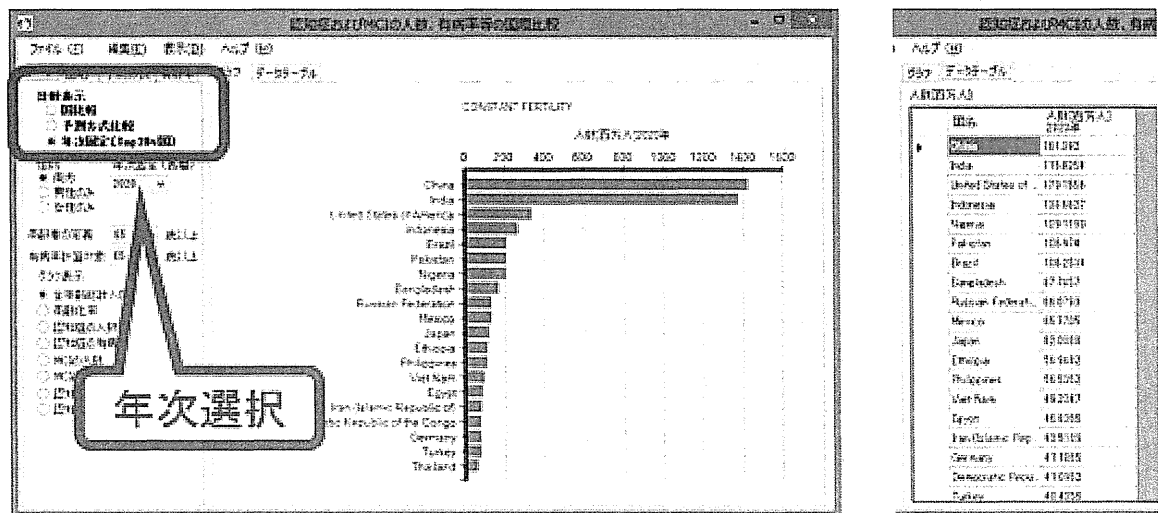


Fig.3 ランキング表示 (左) と年次選択とデータグリッド (右)

#### 4) その他のパラメータの選択

有病率を計測した地域、表示する性別、高齢者の定義（60歳以上または65歳以上）、有病率算出時の母数となる下限の年齢を選択できる（Fig. 4）。

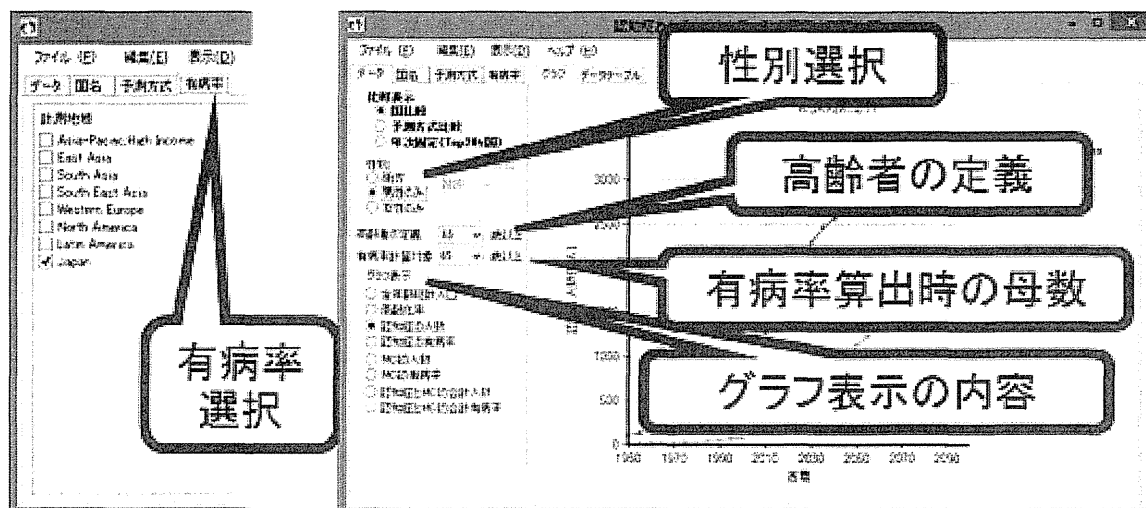


Fig.4 有病率選択（左）とその他のパラメータの選択（右）

#### 5) その他の機能（メニューバー）

グラフ表示時に「ファイル」・「保存」を選択すると、表示中のグラフをイメージファイルとして保存できる。また、「編集」・「コピー」を選択すると、表示中のグラフはクリップボードへ保存される。さらに、「表示」・「白黒モードへ」を選択すると、表示中のグラフはグレイスケールで表示される。「表示」・「カラーモードへ」で元にもどる（Fig. 5）。

同様に、データグリッド表示時に「ファイル」・「保存」を選択すると、表示中のデータをCSVファイルとして保存できる。また、「編集」・「コピー」を選択すると、選択中のデータはクリップボードへ保存される。

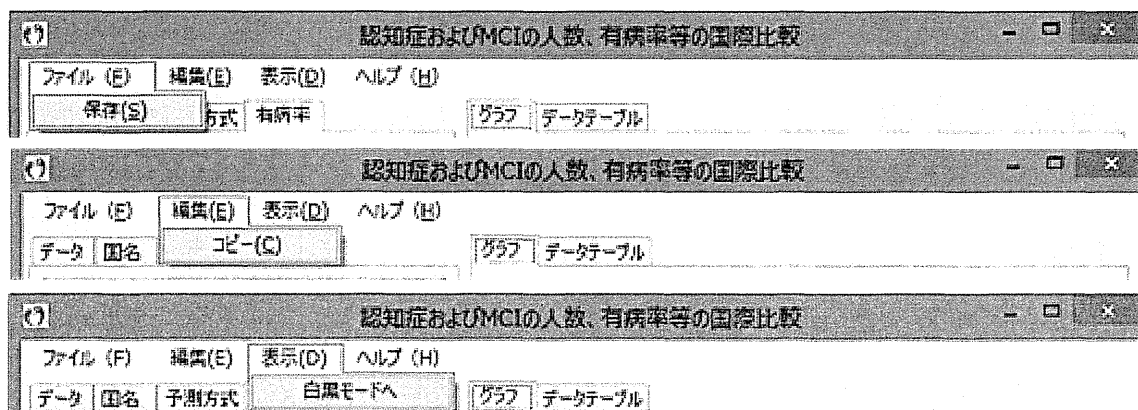


Fig.5 各メニューバーの表示内容

## 2. 予測式について

推計に用いた予測式は、人口統計データについては国連 (United Nations) による「World Population Prospects: The 2012 Revision」<sup>1)</sup>、認知症有病率及び MCI 有病率については、Prince et al (2013)<sup>4)</sup>及び朝田 (2013)<sup>5)</sup>を用いて算出した。

United Nations<sup>1)</sup>で定義された予測式は、ワシントン大学の Center for Statistics and the Social Sciences (CSSS) が策定したものである。彼らは、1950 年から 2010 年の期間、世界各国で推定された出生率の傾向の実証データに基づき、これらの予測式を導いた。その概要を Table 1 に示す。

Table 1 Projection variants in terms of assumptions for fertility, mortality and international migration

<i>Projection variant</i>	<i>Assumptions</i>	
	<i>Fertility</i>	<i>Mortality</i>
Low fertility	Low	Normal
Medium fertility	Medium	Normal
High fertility	High	Normal
Constant-fertility	Constant as of 2005-2010	Normal
Instant-replacement-fertility	Instant-replacement as of 2010-2015	Normal
Constant-mortality	Medium	Constant as of 2005-2010
No change	Constant as of 2005-2010	Constant as of 2005-2010
Zero-migration	Medium	Normal

詳細は WPP 2010, Volume 1 Comprehensive Tables (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>) を p27-38 を参照

## 3. データグリッド表示時のデータ補間について

United Nations<sup>1)</sup>のデータは 5 年おきに記載されている。そこで、各年における各指数は、スプライン補間により推定し、データグリッド表示時に閲覧できるようにした。

## 4. 高齢化率、有病率について

高齢化率の算出にあたり、高齢者を 60 歳以上とするか、65 歳以上とするか、国によって異なる。そのため、この年齢をユーザーが任意に選択できるようにした。また、認知症の有病率については、Prince et al (2013)<sup>4)</sup>では 60 歳から 90 歳以上まで、5 歳ごとの年齢階級でまとめられており、朝田 (2013)<sup>5)</sup>では 65 歳から 95 歳以上まで、5 歳ごとの年齢階級でまとめられている。しかしながら、他の年齢階級についての有病率は記載されていない。そのため、各有病率をロジット変換し、一次線形モデルで回帰した値を基に各年齢階級の有病率を推定し、観察データが存在しない年齢階級については、この値を用いた。Fig. 6 に、各地域における有病率の観察値、ならびに推定値を示す。

MCI の有病率は朝田 (2013)<sup>5)</sup>のみにしか記載されておらず、恐らく MCI から認知症に移行する症例が一定数を占め、85 歳以上では MCI の有病率は低下すると推測されるため、上述のような線形回帰は適用できない。そのため、MCI の有病率を推定するため、MCI と認知症の有病率の合計値をロジット変換し、一次線形モデルで回帰した後、合計有病率の推定値から認知症の有病率を差し引くことで MCI の有病率を推定した (Fig. 6)。

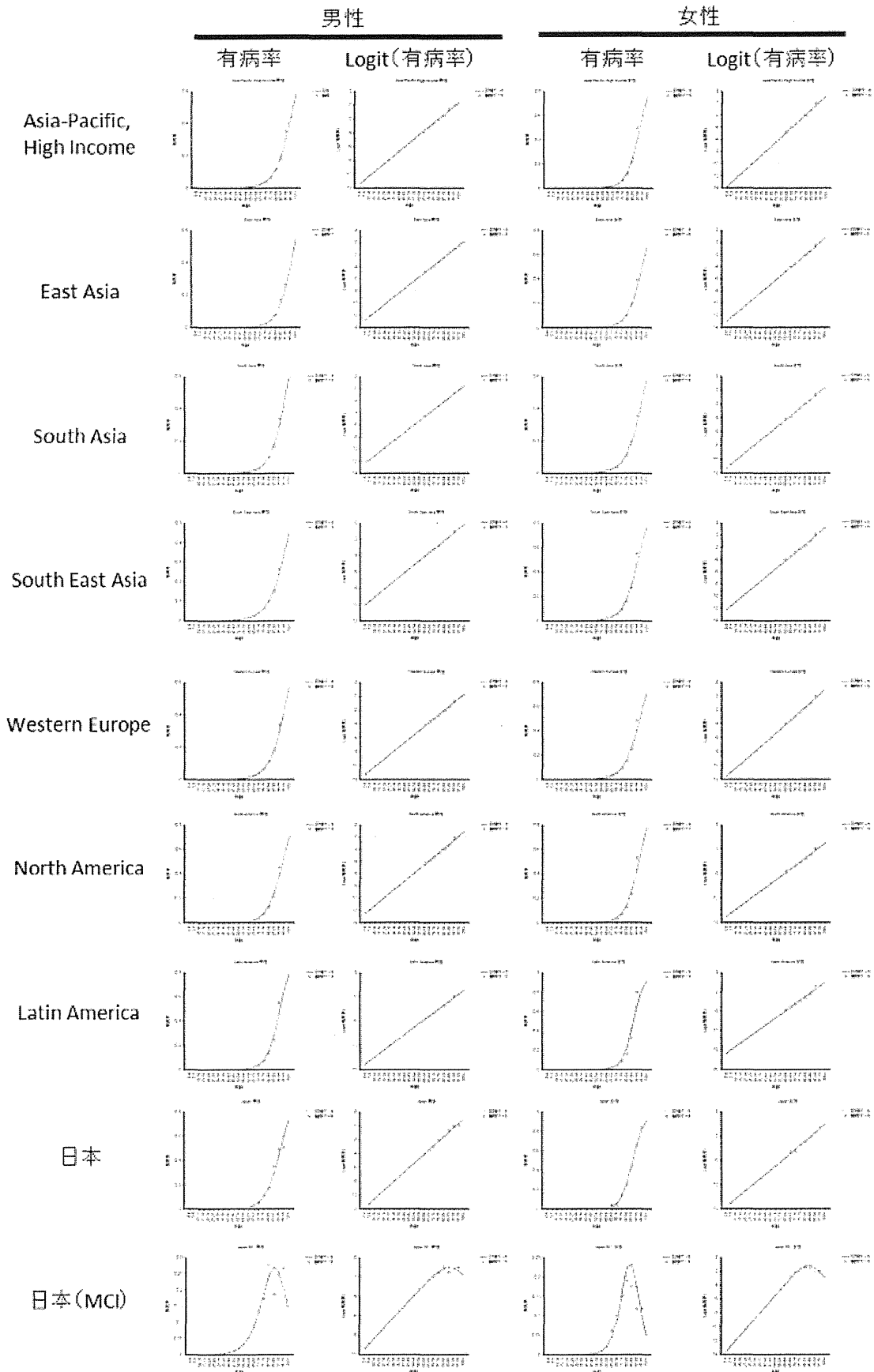


Fig. 6 各地域における認知症有病率とロジット変換による線形回帰

### C. 研究結果

本シミュレータを用い、予測式 Constant Fertility による 2100 年までの人口推移、高齢化率（65 歳以上の割合）、認知症人数、認知症有病率（65 歳以上での有病率）、MCI の人数、MCI 有病率（65 歳以上）、認知症と MCI の合計人数、認知症と MCI の合計有病率を対象に、日本、イギリス、イタリア、ドイツ、オーストラリアの比較を行った。結果を Fig. 7 に示した。

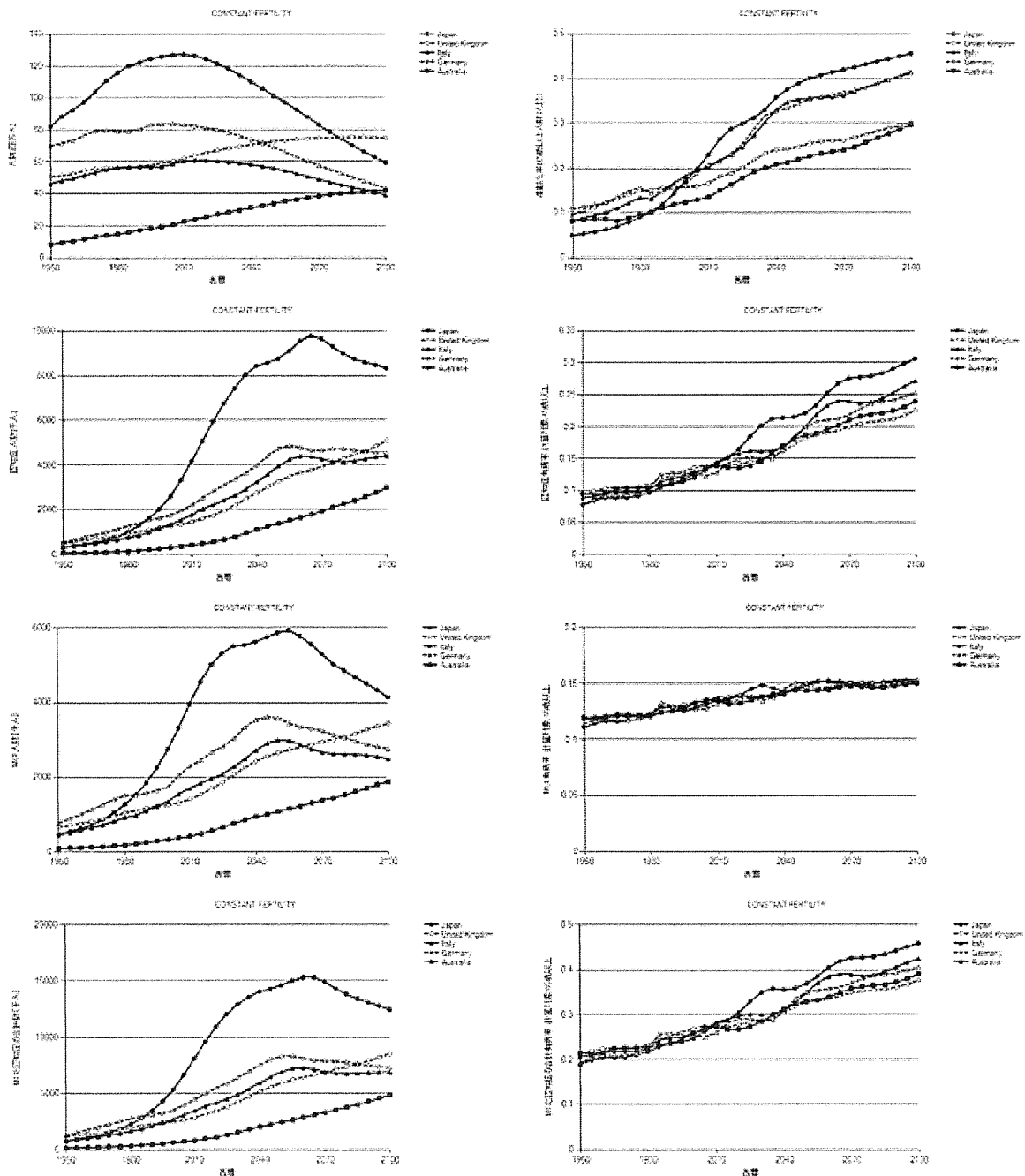


Fig. 7 日本、イギリス、イタリア、ドイツ、オーストラリアにおける 2100 年までの人口推移、高齢化率（65 歳以上の割合）、認知症人数及び有病率（65 歳以上での有病率）、MCI の人数及び有病率（65 歳以上）、認知症と MCI の合計人数及び合計有病率の予測グラフ（予測式は Constant Fertility を用いた）

次に、本シミュレータにより、日本における2100年までの人口推移、高齢化率（65歳以上の割合）、認知症人数、認知症有病率（65歳以上での有病率）、MCIの人数、MCI有病率（65歳以上）、認知症とMCIの合計人数、認知症とMCIの合計有病率を対象に、予測式 High Fertility、Medium Fertility、Low Fertility、Constant Fertility の比較を行った。結果を Fig. 8 に示した。

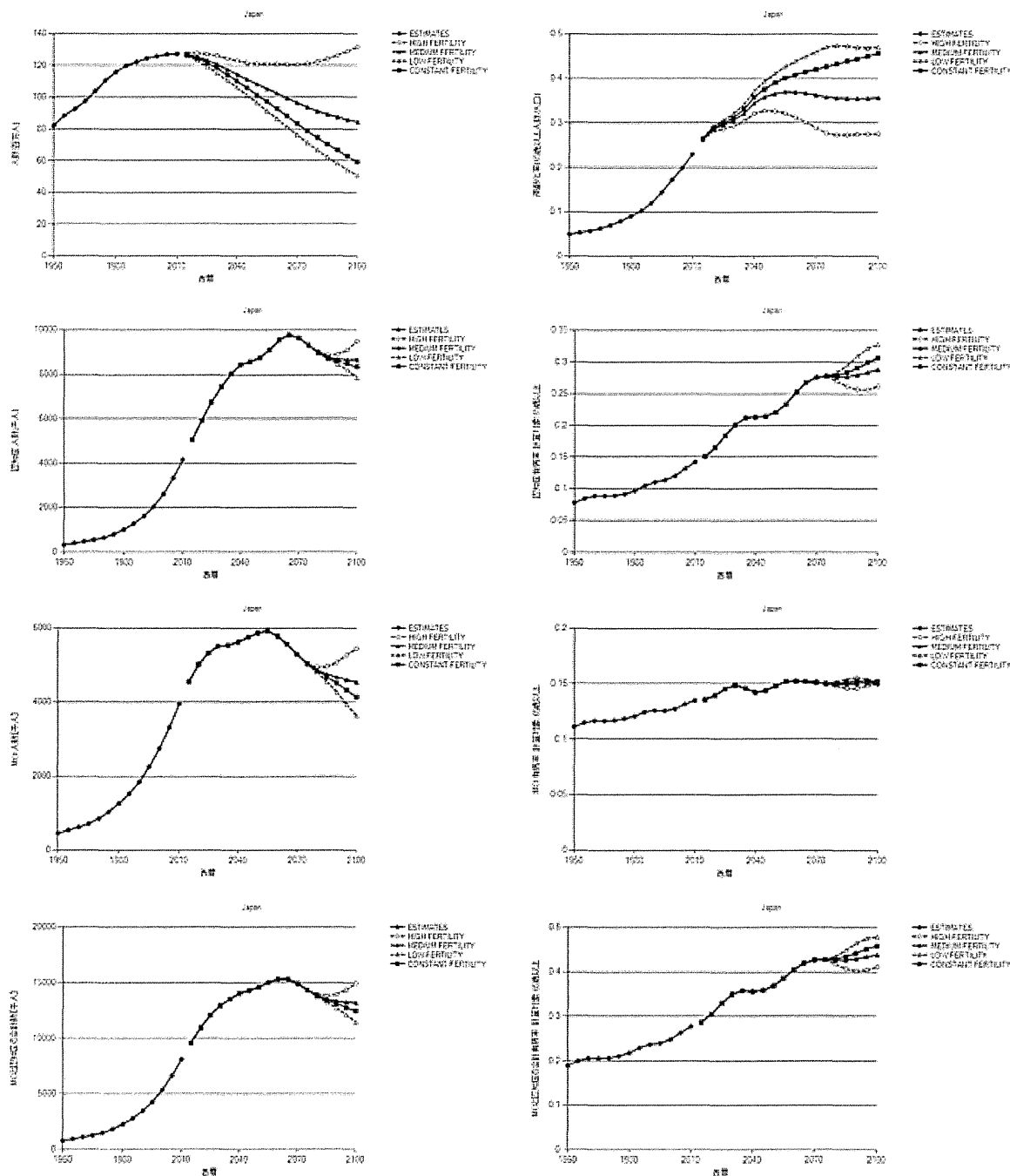


Fig. 8 日本における、2100年までの人口推移、高齢化率（65歳以上の割合）、認知症人数及び有病率（65歳以上での有病率）、MCIの人数及び有病率（65歳以上）、認知症とMCIの合計人数及び合計有病率の予測グラフ（予測式は High Fertility、Medium Fertility、Low Fertility、Constant Fertility を用いた）

また、本シミュレータにより、2015年時点におけるまでの人口、高齢化率（65歳以上の割合）、認知症人数、認知症有病率（65歳以上での有病率）、MCIの人数、MCI有病率（65歳以上）、認知症とMCIの合計人数、認知症とMCIの合計有病率に対する、予測式 Constant Fertility による予測値の国別ランキングを行った。結果を Fig. 9 に示した。

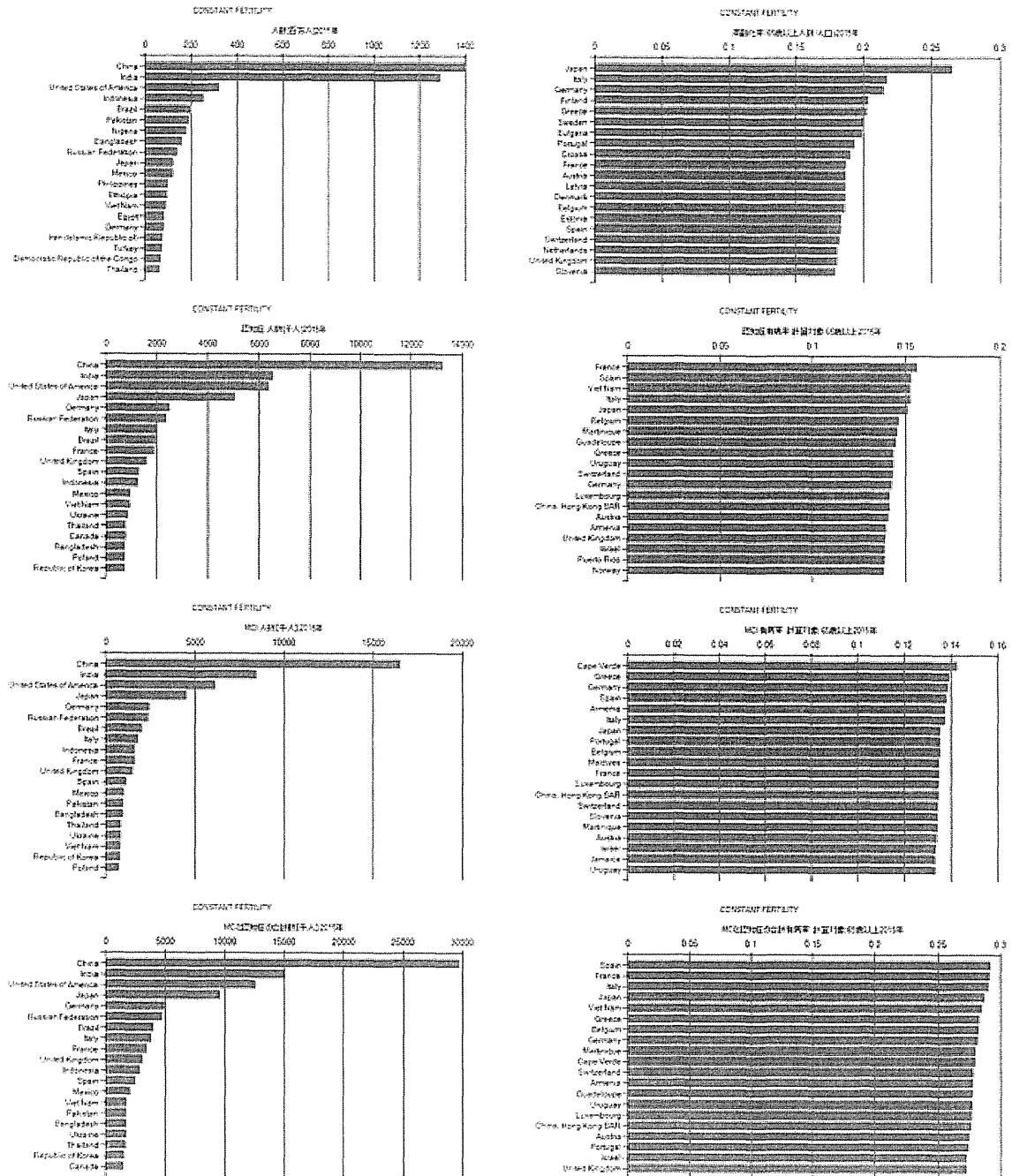


Fig. 9 2015年時点における人口、高齢化率（65歳以上の割合）、認知症人数及び有病率（65歳以上での有病率）、MCIの人数及び有病率（65歳以上）、認知症とMCIの合計人数及び合計有病率の予測値によるランキングのグラフ（予測式は Constant Fertility を用いた）

#### D. 考察

United Nations<sup>1)</sup>によれば、2013年半ばにある72億人の世界人口は、2025年には81億人に達し、2050年には96億人に増加、2100年までに109億人になると予測されている。また、世界的に60歳以上の人口は急速に増加し、先進国では60歳以上の人口は、2050年までに年間1%ずつ、2050年以降は年間0.11%ずつ増加すると予測されている。一方、発展途上地域では、60歳以上の人口は現在3.7%のペースで増加しており、2050年ころまでには2.9%、2050年以降では、0.9%の増加率になると見込まれる。世界の60歳以上の人の数は、2013年では8.14億人であるが、2050年には20億人に、2100年には30億人近くになり、現在の3倍以上に達すると予測されている。さらに、現在、高齢者の66%が発展途上地域で生活しており、2050年時点では79%、2100年では85%に達すると予測されている。

高齢化社会では、高齢人口が急速に増加するという特徴がある。上述のように、2100年には、60歳以上人口は現在の3倍以上に達すると予測されるが、80歳以上は、7倍程度になると予測される。現在、80歳以上の人の50%は発展途上地域で生活しているが、2050年には68%に達すると予測される。このように、高齢化問題は世界的なテーマであり、その困難さは今後益々増強されていくと考えられる。

本シミュレータ（予測式 Constant Fertility）によれば、高齢者を60歳以上とした場合の高齢化率の世界ランキングにおいて、日本は1995年時点では10位、2000年では3位、2005年から2045年では1位、2060年で香港と韓国に抜かれ、2085年までは3位を維持し、2090年にはボスニアヘルツェゴビナにも抜かれると予測される。また、2013年時点では、日本の高齢化率は32.9%であるが、2086年には50%を超える。さらに、認知症の人数は、2013年では465万人であるが、2014年には500万人を超え、2034年には800万人を超え、2065年での985万人というピークを迎えると予測される。一方、MCIの人数は、2012年では456万人であったが、2045年には600万人を超え、2054年に616万人というピークを迎えると予測される。さらに、認知症とMCIの合計人数は、2012年では921万人であったが、2015年には1,000万人を超え、2035年には1,400万人を超え、2062年には1,567万人というピークを迎えると予測される。認知症とMCIの合計有病率については、2012年では23%であるが、2037年には30%を超え、2093年には40%を超え、上昇傾向を維持すると予測される。

一方、世界の人口は2011年では70億人であったが、2033年には90億人を超え、2041年には100億人、2071年には150億人、2085年には200億人、2095年には250億人に達すると予測される。世界の高齢化率は、2014年時点で12%であるが、2027年には15%を超え、2051年に18.3%のピークを迎え、そののち減少すると予測される。世界の認知症人数については、日本で観察された有病率を計算に用いると2014年時点で7146万人、他の地域で観察された有病率を用いると、概ね4000万人後半となる。日本での有病率を用いた場合、2026年に認知症の人数は1億人を超え、2048年に2億人、2070年には3億人、2093年に4億人に達し、その後も増加傾向を維持する。

これらはいくまでも我が国における推計有病率をもとに算出した数値であるが、現在3500万人程度と見積もられている認知症の人の数よりも大幅に大きな数値が算出された。そのため、一概に世界における有病率に当てはめることはできないが、一方で、最大見積もりとして解釈する



こともできる。いずれにせよ、認知症対策は今後も世界的なテーマである事に間違いはなく、高齢化社会が進展するに伴って、この困難さは益々顕在化していくと考えられる。

また、本シミュレータ（予測式 Constant Fertility）によれば、2015年の時点では、日本の認知症有病率は世界でトップであり、イタリアが2位、スペインは3位、フランスが4位である。2070年に香港、韓国に抜かれるまで1位を維持する。その時点での有病率は24%であり、2100年まで2~3位と高い水準で推移する。したがって、世界の中でも日本は特筆すべき高い有病率を抱えている。それだけに日本の施策は、世界においても極めて重要な位置付けにあると言えよう。2012年に策定された、我が国における認知症国家戦略といえる「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」<sup>7</sup>がどのような影響をもたらすのか、その動向を注視するとともに、真に認知症の人の人生に利益となるような施策・支援が望まれる。そうした取り組みを科学的に検証し、世界の国々と共有することは、我が国における認知症ケアに強く望まれる新たな一面と考えられる。

## 引用文献

- 1) United Nations: World Population Prospects, the 2012 Revision 2013.  
<http://esa.un.org/wpp/> (2014年2月15日最終アクセス)
- 2) World Health Organization and Alzheimer's Disease International: Dementia: a public health priority. 2012.  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html)  
(2014年2月15日最終アクセス)
- 3) 厚生労働省：G8 認知症サミット共同声明。2012。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000033640.html> (2014年2月15日最終アクセス)
- 4) Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, et al.: The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*, 9(1): 63-75 (2013).
- 5) 朝田 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応。厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）平成23年度～平成24年度総合研究報告書, (2013).
- 6) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf> (2014年2月15日最終アクセス)

## E. 健康危険情報

特になし。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- ・木之下徹・水谷佳子・安田朝子・本多智子：医師の立場からみた認知症の当事者研究。看護研究, 46(3): 263-273 (2013)

- ・中島紀恵子・永田久美子・木之下徹・稲垣康次・川村雄次・桜井記子：認知症の当事者研究から見えてくるもの。看護研究, 46(3): 304-309 (2013)
- ・木之下徹：認知症とその治療のあり方を再考する。Dementia for Pharmacist, 2: 2-9 (2013)

## 2. 学会発表

特になし。

## 3. その他

- 木之下徹：認知症患者は「患者」か？ 認知症ケアカンファレンス, 4: 2-3 (2013)
- 木之下徹：スティグマ（烙印）を消す努力を。Together, 春: 9-12 (2013)
- 朝日新聞：認知症とわたしたち 向き合って（中）。朝日新聞, 5月30日朝刊13版: 23 (2013)
- メディカル朝日：気づきと本人への眼差し～BPSDへの支援活動にみる認知症ケア未来～。メディカル朝日, 42(6): 32-33 (2013)
- 文藝春秋：大特集 激変する医療 認知症の親を自宅で看取るには。文藝春秋, 91(9): 293-301 (2013)
- 毎日新聞：認知症新時代 読者の反響特集 本人の思い介護に活かすには。毎日新聞, 1月28日朝刊13版: 14 (2014)
- 東京新聞：認知症 模索する現場 1 在宅。東京新聞, 2月6日夕刊E版: 1 (2014)

## G. 知的財産権の出願・特許状況（予定を含む。）

### 1. 特許取得

特になし。

### 2. 実用新案登録

特になし。

### 3. その他

特になし。

## イギリス国家戦略初代責任者、Sube Banerjee 氏の考え

こだまクリニック 神戸泰紀 本多智子 谷口真理子 青山聡子 安田朝子  
田口綾 水谷佳子  
NHK 制作局文化・福祉番組部 川村雄次  
医療福祉ライター 神保康子  
ニッセイ基礎研究所 山梨恵子  
高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 宮島渡  
こだまクリニック 木之下徹

### はじめに

近年、認知症は世界的なテーマとして取り上げられ、いくつかの国では国家的な施策を定め実施している。その中で、英国国家戦略は新たな形を提示し、実績を挙げつつある。その国家戦略を編んだ Sube Banerjee 氏（以下、バナジー氏）の考えは世界に影響を及ぼし明瞭で示唆に富む。本稿では彼の発言を丁寧に取り上げる。さらに2カ所の英国におけるメモリーサービスの活動についてその概要を示す。タワーハムレッツメモリーサービスには訪問し、職員のインタビューも行っており、その実施内容も掲載する。それらを振り返り考察したい。

### 方法

Youtube に掲載されている、バナジー氏が出演する3編の録画を翻訳し主要部分を掲載する。またメモリーサービスについては、ホームページやインタビュー内容を要約したものを示す。下線部分については考察で引用の形で反映させている部分である。また考察の部分には、研究協力者がこれらの情報をもとにテーブルディスカッションを行った際にテーマに挙げたものにつき、その要約を示す。またそれぞれの見出しは筆者が付けたものである。なお YouTube 資料の本稿への掲載につき、バナジー氏の快諾を得ている。またタワーハムレッツメモリーサービスに関する掲載については、Klotzbucher Gabriele 氏を通じ、サービスマネジャー Green Helen 氏の快諾を得ている。

## 結果

### 境界なき認知症施策（参考文献1）

#### 認知症施策

認知症施策を考える事は今後 50 年間の社会における最大の保健・社会学的課題を共に取り上げることの意味している。またこれは多くの社会にとって大いなる課題である。政治家や政策立案者にとって、全ての事項について、認知症はそのような大きな課題と位置づけることができる。いまやこの課題については、認知症の人にとっての生活の質とケアの質を向上させる(1：認知症の人のニーズ)ことによって、取り組んでいる。

#### 認知症にかかるコスト

すでに世界規模で年間 6 千億ドルかかっている。これは、心臓病、脳梗塞、癌および HIV の治療に要するコストの合計を上回っている。これは並外れた疾病であり、その対応の是非によって生じる結果も並外れたものとなる。つまり、認知症を会社にたとえるならば、その売上高を見ればウォルマートやエクソン・モービルよりも大規模になる。国にたとえるならば、国内生産高の観点で世界第 18 位となり、トルコとインドネシアの間に入る。G20 入りを果たし、その規模ゆえに発言権もある。

#### 認知症の課題

認知症の課題解決に向けて必要なのは社会的ケアや教育、研修などで、ここで革新的な発明などをする必要はない。改善する必要があるものの、もうすでにできることが沢山ある(2：できることがすでにある)。一方で、これからも認知症の治療のための新しい、より良い方法を生み出すための生物医学的研究は必要である。

つまり認知症の人がより良い生活、より高い質の生活を送れるようにするために、すでに多くの知識がある。しかし現行のシステムではなかなかそのケアが手に入らない、ということが問題となっているのである。認知症の人が適切な診断を受けることができず、有用なケアを受けられないことが多い。たとえ良質のケアへアクセスできるとしても、全ての分野を通じて人々が必要としているサービスがそろっていない(3：サービスがそろっていない)ことも課題である。

#### 課題への3つのアプローチ

第一は、一般の人および専門家の間での認識と理解の向上が必要である。