

G. 研究発表

1. 論文発表

Seike A, Sumigaki C, Takeda A, Endo H, Sakurai T, Toba K. Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: an investigation based on learning needs and attitude changes. (2014) Geriatr. Gerontol. Int. 14 Suppl 2, 28-34.

Washimi Y, Horibe K, Takeda A, Abe T, Toba K. Educational program in Japan for Dementia Support Doctors who support medical and care systems as liaisons for demented older adults in the community. (2014) Geriatr. Gerontol. Int. 14 Suppl2, 11-16.

2. 学会発表

武田章敬他：認知症の方の地域での生活のしやすさや便利さに関する実態調査（第2報）. 第55回日本神経学会学術大会, 2014, 福岡.

武田章敬他：全国の救急告示病院を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査. 第33回日本認知症学会学術集会, 2014, 神奈川.

武田章敬他：家族会家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査. 第33回日本認知症学会学術集会, 2014, 神奈川.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

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

認知症の早期診断およびせん妄の予防介入に関する研究

分担研究者 小田原俊成 横浜市立大学

研究要旨

認知症の簡便な早期鑑別診断法として、NAT (Neuronal Activity Topography)の有用性について検討を行い、認知症や気分障害の鑑別にNAT解析が有用であることを報告した。また、疾患の罹病率や死亡率を増大させ、かつその治療に多くの人的支援を必要とすることから、介護・医療におけるリスマネジメントを考える上で重要な病態であるせん妄に対するラメルテオンの多施設共同予防介入研究をおこない、ラメルテオンのせん妄発現予防効果を実証した。

A. 研究目的

地域における認知症啓発活動により、認知症の早期診断・早期治療導入の重要性が認識されつつある。NAT (Neuronal Activity Topography)は、脳内のニューロン活動異常の性質と部位とを標準脳表面に可視化すると同時に、その特徴を数値化し、各種の脳機能疾患の特徴を5分間の21チャンネルの脳電位データからテンプレートとして保存し、被験者のデータと各種脳機能疾患のテンプレートとの相関情報により鑑別診断情報を出力する技術であり、医療被曝などの侵襲性がないことから認知症の簡便な診断法として開発が期待されている。当院物忘れ外来通院中の高齢患者および正常高齢者を対象にNAT解析を実施し、他施設の解析結果と比較検討を行い、認知症診断鑑別における有用性について検討を行った。また、近年、医療機関では認知症を含む高齢者

の入院が増加しており、手術や検査後のせん妄対応が安全管理面を含め重大な課題となっている。そこで、多施設共同せん妄予防治療介入研究を行った。

B. 研究方法

1) 物忘れ外来における認知症高齢者のNAT解析と他施設研究との比較

当院物忘れ外来通院中の高齢者とその家族で、本研究への参加を文書同意された53人（正常(NL)18人、アルツハイマー型認知症(AD)29人、レビー小体型認知症2人、気分障害(MD)4人)を対象とし、NAT解析を行った。その結果を、H22年1～2月に茨城県利根町で測定した脳波データ(NL52人、AD20人)の解析結果と比較検討を行った。

2) せん妄に対するラメルテオンの予防効果に関する検討

せん妄発症予防に一部の抗精神病薬の効果が報告されているが、高齢者への予防

投与は倫理的に実施困難な状況にある。本研究では、メラトニン作動薬であるラメルテオンのせん妄予防効果について検証を行った。対象は5医療機関の救急および急性期病棟に入院した65~89歳の患者67人で、プラセボ群またはラメルテオン(8mg)投与群に割り付け、入院初日からプラセボまたはラメルテオンを投与し、せん妄発現の有無について7日間観察を行った(評価者盲検)。

C. 研究結果

- 1) 利根町のデータをテンプレートとした時、当院のNLとAD間では約80%の感度特異度を得た。当院のデータ自身でL00法により求めた感度特異度は75%であった。
- 2) プラセボ群34例中11例(32%)、ラメルテオン群33例中1例(3%)にせん妄が発症し(P=.01; OR 0.07; 95%CI, 0.008-0.54 危険因子補正後)、ラメルテオンのせん妄発症予防効果が確認された。

D. 考察と結論

1) 当院で行ったNAT解析において、AD群とNL群では他施設の解析結果に準じた結果となり、認知症に対するNAT解析の汎用性が示された。ADに対する感度には差が認められたが、施設によるAD診断の差が影響したと考えられた。また、MD群ではNL群との差を認めず、DLB群ではMMSEスコアがNL群と差がないにもかかわらず、NAT解析ではAD類似度が非常に

高かった。MD群、DLB群は少数なため、今後さらなる症例の蓄積が必要だが、認知症や気分障害の鑑別においてNAT解析が有用な可能性が示唆された。

2) ラメルテオンのせん妄発症予防効果を確認し、メラトニン神経伝達の異常がせん妄発現に関与していることが推定された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hatta K, Kishi Y, Wada K, Takeuchi T, Odawara T, Usui C, Nakamura H; DERILIA-J Group: Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. JAMA Psychiatry 71:397-403, 2014
 - 2) 小田原俊成: 総合病院における高齢者支援. 臨床精神医学, 43, 821-826, 2014
 - 3) 小田原俊成: 認知症の幻覚妄想. 夕暮れ症候群とせん妄. 日本認知症学会誌, 28;259-264, 2014
 - 4) 小田原俊成: レビー小体型認知症のケア. 日本認知症ケア学会誌 13, 89, 2014
- ##### 2. 学会発表
- 1) 小田原俊成; スキルアップセミナー. レビー小体型認知症のケア. 第15回日本認知症ケア学会, 6月, 東京, 2014
 - 2) 小田原俊成: ワークショップ「精神科医が知っておくべき神経学の新知識」アルツハイマー病, 第110回日本精神神経

学会, 横浜, 6 月, 2014

3) 小田原俊成; 総合病院における認知症診療 - 身体合併症とBPSD治療の現状と課題 - . 第22回日本精神科救急学会, 旭川, 9 月, 2014

4) 小田原俊成; シンポジウム: 一般医は精神科薬をどう用いるべきか. 抗認知症薬. 第39回神奈川県心身医学会総会, 横浜, 9 月, 2014

5) Odawaray T, Hirayasu Y: A study on effectiveness of zonisamide in patients of dementia with Lewy bodies. Joint Congress of 19th Japan Congress of Neuropsychiatry and 14th International College of Geriatric Psychoneuropharmacology, Tsukuba, Oct., 2014 (Best Poster Award)

6) 日野耕介, 小田原俊成, 平安良雄; ワークショップ: これからの総合病院精神科における高齢者支援を考える, リエゾン・コンサルテーション活動における認知症・高齢者対応. 第27回日本総合病院精神医学会, つくば, 11 月, 2014

7) 遠藤恵美, 日野耕介, 中川牧子, 金子友子, 坂本修, 渡邊貴子, 渡辺厚彦, 小田原俊成; 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センターリエゾンチーム活動の現状. 第27回日本総合病院精神医学会, つくば, 11 月, 2014

8) 堀岳人, 小田原俊成, 石井みゆき, 小林洋平, 寺町康昌, 武者利光, 朝田隆, 平安良雄; 物忘れ外来における認知症高齢者のNAT解析と他施設研究との比較.

第33回日本認知症学会, 横浜, 11 月, 2014

15) 小林洋平, 織茂智之, 小阪憲司, 浦上克哉, 朝田隆, 小田原俊成, 田中美枝子, 松崎晴康, 武者利光, 三宅美博; 脳波を用いたアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、健常成人の鑑別.

第33回日本認知症学会, 横浜, 11 月, 2014

16) 小田原俊成; シンポジウム「認知症

初期集中支援チームの現状と課題」オーガナイザー・座長, 第33回日本認知症学会, 横浜, 11 月, 2014

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

資料 別添

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

身体合併症で救急病院へ入院後 BPSD が進行した認知症患者に対する認知症リハビリ

研究分担者 旭俊臣 柴崎孝二 旭神経内科リハビリテーション病院

研究要旨

A. 研究目的

認知症患者は、肺炎、骨折、心筋梗塞などの疾患を発症して、救急病院へ入院後に BPSD が出現して、治療及びケア上に支障を来すことが多くなる。今回、このような認知症患者に対して、当院へ転院後認知症リハビリ治療を行なって、BPSD の改善に取り組んでいるので報告する。認知症リハビリとは、認知症によって心理面と身体機能に障害のある人に神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法を複合的に取り入れて行う療法である。神経心理療法としては、現実見当識（RO）療法、回想法、音楽療法などがある。

B. 研究方法

リハビリ治療目的で当院へ転院してきた認知症高齢者 65 名について述べる。身体合併症として、肺炎 28 名、大腿骨骨折 20 名、急性心不全 7 名、尿路感染症 5 名、認知症の原因疾患はアルツハイマー病 28 名、血管性認知症 16 名、パーキンソン病 14 名、前頭側頭型認知症 2 名であった。認知機能の評価は HDS-R と MMSE、BPSD の評価は当院で開発した指標、リハビリ指標は BI を使用した。リハビリ治療は、PT・OT・ST による個別療法が 1 日平均 160 分、また、集団リハ（入院デイケア）は 1 日 6 時間行なっている。

C. 研究成果

BI は入院時 32 点、退院時 44 点、BPSD は入院時 7 点、退院時 4 点で改善を認めた。HDS-R は入院時 20 点、退院時 20 点、MMSE は入院時 21 点、退院時 22 点で入院

時と退院時で変化はみられなかった。

D. 考察

下村は廃用症候群による BPSD を伴った認知症に対しリハビリ治療を行なうことにより ADL、BPSD の改善が得られたと報告している。本発表でも、救急病院入院前は、BPSD が比較的軽度の認知症患者が救急病院へ入院後に BPSD が進行して、リハビリ治療を行なった結果、改善したと考えられる。今後このような認知症高齢者が増加するので、リハビリ病院では救急病院と連携して、認知症リハビリの拡充を図る必要がある。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし。

F. 研究発表

1. 論文発表

○旭俊臣：認知症リハビリテーションとその可能性，認知症の最新医療 4（3），115-121，2014.

○旭俊臣：認知症と終末期をどうとらえるか，分子精神医学 14（3），228-233，2014.

○旭俊臣：認知症超高齢者のリハビリテーション，Jpn. J Rehabil Med 2015（投稿中）

2. 学会発表

○第 51 回 日本リハビリテーション医学会学術集会「認知症リハビリにおける千葉県地域支援体制構築モデル事業（第 2

報)」

○第 56 回日本老年医学会学術集会「千葉県認知症連携パス（オレンジ連携シート）を用いた地域支援体制構築事業」

○第 15 回日本早期認知症学会学術大会「認知症連携パスを活用した地域支援体制構築モデル事業」

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

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

研究分担者 山口晴保 群馬大学大学院保健学研究科

研究要旨

群馬県における認知症地域連携の実情と今後の課題について検討した。

- ① 認知症初期集中支援チームの事業については、前橋市がH25年度から実施し、H26年度も継続した。高崎市はH26年度に開始した。
- ② 認知症の病・診・介護の連携ツールとして、認知症の人に渡す手帳を群馬県が試作し、藤岡市地域で試用を進めて検証している。
- ③ ぐんま認知症アカデミーが、群馬県と共催で、認知症介護者の研究発表の場、研修の場として、年2回の会合を重ねている。
- ④ 認知症の人と家族の会群馬県支部と、若年性認知症ぐんま家族会が活動している。
- ⑤ 認知症カフェ（オレンジカフェ）も開催され始めている。
- ⑥ かかりつけ医の認知症対応力向上研修に群馬県が力を入れ、群馬県のホームページでも研修終了者を公開している。

A. 研究目的

病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築をめざし、群馬県における認知症地域連携の実情と今後の課題について検討した。

群馬県における認知症地域連携の実情と今後の課題について情報収集し、以下の情報を得た。

B. 研究方法

研究分担者が、情報収集を行った。

（倫理面への配慮）

基本的に、個人情報扱わないので、倫理審査は不要。

1) 認知症初期集中支援チーム

この事業については、前橋市がH25年度から厚生労働省のモデル事業として実施し、H26年度も地域支援事業として継続した。

地域資源マップを前橋市内11か所の地域包括支援センターのエリアごとに作成し、関係機関に配布した。

初期集中支援チームの事業実施にあたっては、前橋市医師会に事前説明し、医師会から会員に周知を図り、チーム員が訪問す

C. 研究結果

る前にかかりつけ医に連絡して、情報提供を受けるシステムを作った。

チーム員が訪問してアセスメントを行い、チーム員会議で支援方法を検討し、平均 3 回の訪問で医療や介護に結びつける支援や介護者教育、介護者への心理的支援などを行った。

その結果をかかりつけ医や地域包括支援センターにフィードバックすることで、連携機能がスムーズに働いた。

高崎市は、H27 年度に初期集中支援チームを開始したが、依頼数が少ないという。

2) 認知症の病・診・介護連携手帳

認知症の人の医療や介護の記録を一元管理する手帳を、群馬県介護高齢課が試作し、藤岡市地域で実際に使い始めている。H26 年度に使った結果で、H27 年度に完成を目指す。初診に至る経緯から、症状、画像診断、介護認定状況、介護サービス利用など、諸々の情報をまとめて記載できる小型ファイルのような大型手帳である。

3) ぐんま認知症アカデミーの活動

ぐんま認知症アカデミーは、群馬県介護高齢課と共催で、認知症介護者の研究発表の場、研修の場として、年 2 回の会合を重ね、H26 年度で 9 年間となる。毎回 300 名～400 名の介護・医療・保健・福祉・行政・家族会・教育機関関係者と、多職種が集まり、連携する素地を作っている。多職種で幹事会を作り、ボランティアで運営している。

4) 認知症の人と家族の会と若年性認知症ぐんま家族会

認知症の人と家族の会群馬県支部は、定期的に会合を開いている。このほかに若年性認知症の家族会もあり、群馬県こころの健康センターで支援事業を定期的に行っている。

5) 認知症カフェ（オレンジカフェ）

前橋市地域リハビリテーション広域支援センターと前橋市が認知症カフェを初開催した。認知症の人と家族の居場所作り・情報交流の場作りが少しずつ進んでいる。

6) かかりつけ医の認知症対応力向上研修
群馬県はかかりつけ医認知症対応力向上研修に力を入れ、群馬県のホームページでも研修修了者を公開している。研修自体は各市医師会が実施している。

さらに、年に一度は過去に研修を受講したかかりつけ医のスキルアップ研修会を実施している。

また、認知症サポート医のスキルアップ研修会では、H26 年度は「認知症初期集中支援チーム」をテーマに研修が行われる。

D. 考察

オレンジプラン、さらには H27 年 1 月に発表された新オレンジプランに基づき、認知症の地域連携が進み出している。その要となる「認知症初期集中支援チーム」は、前橋市が事業を実施して、

他市町村のモデルとなっている。前橋市は、「実施・運営マニュアル」を作成して、前橋市のホームページで公開している。さらに家族指導に使う「家族介護ガイドブック」も公開している。

初期集中支援チームの関わりは最大6ヶ月と定められており、連携・引き継ぎが重要である。

ぐんま認知症アカデミーの活動も根付き、来年は10周年を迎える。認知症ケア専門士の資格更新に必要な研修単位を年2回の研修会で4単位取れることも、効果を上げている。

認知症の人の数が現在の500万人弱から、2025年には700万人に増加すると予測される中で、認知症を診られる「かかりつけ医」の増強は重要であり、数を増やすこととスキルアップの両方が求められている。

オレンジプランでは「認知症地域連携推進員」を市町村に配置して連携を進めるように示しているが、人材不足などにより、群馬県内ではうまく機能していないようである。

E. 結論

群馬県は、県庁介護高齢課に認知症・地域支援係を設置して、認知症対策に力を入れてきた結果、病・診・介護の地域連携は良好に行われている。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Maki Y, Yamaguchi T, Yamagami T, Murai T, Hachisuka K, Miyamae F, Ito K, Awata S, Ura C, Takahashi R, Yamaguchi H.: The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*. 2014;14(3):175-81.

2) Ikeda M, Tashiro Y, Takai E, Kurose S, Fugami N, Tsuda K, Arisaka Y, Kodaira S, Fujita Y, Makioka K, Mizuno Y, Shimada H, Harigaya Y, Takatama M, Amari M, Yamazaki T, Yamaguchi H, Higuchi T, Okamoto K, Tsushima Y, Ikeda Y.: CSF levels of Aβ1-38/Aβ1-40/Aβ1-42 and (11)C PiB-PET studies in three clinical variants of primary progressive aphasia and Alzheimer's disease. *Amyloid*. 2014;21(4):238-45.

3) Miyashita A, Wen Y, Kitamura N, Matsubara E, Kawarabayashi T, Shoji M, Tomita N, Furukawa K, Arai H, Asada T, Harigaya Y, Ikeda M, Amari M, Hanyu H, Higuchi S, Nishizawa M, Suga M, Kawase Y, Akatsu H, Imagawa M, Hamaguchi T, Yamada M, Morihara T, Takeda M, Takao T, Nakata K, Sasaki K, Watanabe K, Nakashima K,

Urakami K, Ooya T, Takahashi M, Yuzuriha T, Serikawa K, Yoshimoto S, Nakagawa R, Saito Y, Hatsuta H, Murayama S, Kakita A, Takahashi H, Yamaguchi H, Akazawa K, Kanazawa I, Ihara Y, Ikeuchi T, Kuwano R.: Lack of genetic association between TREM2 and late-onset Alzheimer's disease in a Japanese population. *J Alzheimers Dis*. 2014;41(4):1031-8.

4) Maki Y, Yamaguchi H.: Early detection of dementia in the community under a community-based integrated care system. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14 Suppl 2:2-10.

5) Toba K, Nakamura Y, Endo H, Okochi J, Tanaka Y, Inaniwa C, Takahashi A, Tsunoda N, Higashi K, Hirai M, Hirakawa H, Yamada S, Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H.: Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(1):206-11.

6) Kamegaya T, Araki Y, Kigure H; Long-Term-Care Prevention Team of Maebashi City, Yamaguchi H.: Twelve-week physical and leisure

activity programme improved cognitive function in community-dwelling elderly subjects: a randomized controlled trial. *Psychogeriatrics*. 2014;14(1):47-54.

7) Rijal Upadhaya A, Kosterin I, Kumar S, von Arnim CA, Yamaguchi H, Fändrich M, Walter J, Thal DR.: Biochemical stages of amyloid- β peptide aggregation and accumulation in the human brain and their association with symptomatic and pathologically preclinical Alzheimer's disease. *Brain*. 2014; 137:887-903.

8) 山口晴保, 中島智子, 内田成香, 野中和英, 松本美江, 牧陽子, 山口智晴, 高玉真光: 群馬県の認知症疾患医療センターの活動実績と受診経過. *Dementia Japan* 2014; 28 :329-338

9) 田中志子, 山口晴保, 中間浩一, 西千亜紀, 牧陽子, 斉藤正身, 宮里好一: 介護老人保健施設における認知症の実態と対応 日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査. *地域リハビリテーション* 2014; 9:656-660

10) 工藤千秋, 鈴木央, 渡辺象, 北條稔, 荒井俊秀, 金則彦, 山口晴保: 東京都大森医師会認知症簡易スクリーニング法 (TOP-Q)の作成: かかりつけ医・介護職のための短時間で行う問診技術. *老年精神*

医学雑誌 2014; 25:683-689

3. その他

なし。

11) 中間浩一, 山口晴保, 西千亜紀, 田中志子, 斉藤正身, 宮里好一: 訪問リハビリテーションにおける認知症の実態と対応 日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査. 地域リハビリテーション 2014; 9:419-423

12) 山口晴保, 中間浩一, 西千亜紀, 田中志子, 牧陽子, 亀ヶ谷忠彦, 斉藤正身, 宮里好一: 回復期リハビリテーション病棟における認知症の実態と対応 日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査. 地域リハビリテーション 2014; 9:662-668

13) 山口晴保, 牧陽子, 山口智晴, 松本美江, 中島智子, 野中和英, 内田成香, 高玉真光: リバスチグミン貼付薬(イクセロンパッチ)の実践的投与経験. 2014; Dementia Japan 28 :108-115

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

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

病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築のための
基本的理念と実践への示唆

—スコットランドの先進的取り組みと認知症・MCIの将来推計の世界的推移から—

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¹⁾・木之下節夫²⁾・神戸泰紀²⁾・木之下徹²⁾

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

本研究では病・診・介護の連携による認知症ケアネットワークの構築のために必須となる基本的理念を整理し、実践への示唆を得ることを目的とし、以下の2点から研究を実施した。第一に、本人のニーズを積極的に支援に反映させる世界でも先進的なスコットランドの取り組みから、連携ネットワーク構築のための具体的な示唆を考察した。ここでは特に初期の支援段階に注目し、認知症の診断を受けた本人のための小冊子やリンクワーカーク制度を題材に、連携のために必要な要因を分析した。第二に、世界的な広がりを見せる認知症施策の背景にある認知症人口および有病率の推移を整理し、取り組みや知見の共有化の必要性を論じた。ここでは特に急激な高齢化が課題となっているG20における2060年までの推定値を概観した。これらの結果、①スコットランドの例から、認知症の人を単なる支援の「対象」としてではなく、自らの支援に携わる「主体」に位置付けることが重要であること、②認知症の人数や有病率の増加は世界的に不可避であり、増大するニーズやコストの解決のためには国内外の取り組みや知見を共有することが必須であることが示された。これらのことから、認知症の本人の主体性を支援の連携の中に包括する枠組みを設けることこそ、多様化する認知症支援を、受益者を本人とした視点で実践するために共有すべき取り組みだと考えられた。

A. 研究目的

2015年1月27日に厚生労働省を主とした関係省庁より、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）¹⁾が発表された。わが国が、今後増え続ける認知症の人と家族とどのように向き合っていくのか、どのような社会を目指すのか、基本

的な姿勢を国内外に示したといえる。新オレンジプランには7つの柱が設けられ、これらの取り組みを通して、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」としている。7つの柱は、①認知症への理

解を深めるための普及・啓発、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、から成る。医療と介護の連携についていえば、②に明確に示されているように、「適時・適切」な提供が掲げられ、「有機的な連携」への努力が求められている。そのためには、共有すべき基本的理念を国内外の取り組みから学ぶとともに、実践への示唆を常に求める姿勢が必要であろう。

新オレンジプランのなかでも特に注目すべき点に、⑦の「認知症の人や家族の視点の重視」が挙げられる。進捗状況の点検に本人や家族の意見を踏まえることが明示されていることから、新オレンジプラン全体を通して当事者の視点が重視されていることが分かる。

支援の枠組みのなかで当事者の視点を重視する動きの代表例として、世界ではスコットランドにおける取り組みがある。スコットランドでは認知症の当事者によるワーキンググループが結成され、行政等への積極的な関与を通して支援制度に意見が反映される機会を得ている。

わが国でも2014年10月に認知症の本人らによる「日本認知症ワーキンググループ」が設立された。緒についたばかりの取り組みにおいて、スコットランドの先例は共有すべき理念や具体的な実践への示唆を学ぶ好例であり、とりわけ新オレンジプランにおいても重視されている「早期診断・早期対応」のための連携による取り組みは、わが国にとって参考になると考えられる。その理由のひとつに、スコットランドでは診断後すぐに始まる支援が明確に設定されている点がある。たとえば、診断を受けるとリンクワーカーと呼ばれる専属のワーカーが配置されたり、診断を受けた本人に向けて作成さ

れた小冊子が渡されたりと、本人のその時のニーズに答えるための具体的なサービスが用意されている。くわえて、サービスの設計に認知症の本人自身が関与している点も重要な示唆をもたらしてくれるだろう。これらの取り組みを具体的にみることで、本人視点を重視した連携に必要な要因が把握できるはずである。

ところで、認知症を国家的課題として位置付ける国家戦略化の動きは、平成24年度報告書にて報告した通り、わが国に先行して欧米を中心に組み込まれてきた。それらが2013年12月に英国ロンドンで開催されたG8初の認知症サミットにより結集され、より大きな世界的な動きとなったといえる。わが国の新オレンジプランも、サミット後の2014年11月に東京で開かれた後継イベントにて、内閣総理大臣より指示が出されたことに基づく。

各国が認知症施策を国家的事業として取り組む最大の理由として、急激な高齢化を背景とした認知症の人の急激な増加と、それに伴う費用の高騰が挙げられる。その根拠となる高齢者や認知症の推定人口と推移について、平成25年度報告書では日本、イギリス、イタリア、ドイツ、オーストラリアの5カ国の値を報告した。しかし、人口の急激な高齢化はG20に代表される先進国と新興国に共通する課題である。これらの国々での具体的な認知症およびMCI（Mild Cognitive Impairment）の推定人口と推移が示されれば、スコットランド等の世界での先進的な取り組みや知見の共有を促進させるための根拠をもたらすと考えられる。

以上のことから、本研究では、わが国の病・診・介護の連携による認知症ケアネットワークの構築のために必須となる基本的理念を整理し、実践への示唆を得るため、①スコットランドでの取り組みから本人視点を重視した連携ネットワーク構築に必要な要因を明らかにすること、②G20における認知症およびMCIの推定人口・有病率と推移を算出し、世界の取り組みや知識の共有を促進させるための根拠を得ることを目的とした。

B. 研究方法

① スコットランドにおける先進的取り組みをモデルとした分析

医・診・介護の連携によるネットワーク構築のための基本的な理念や具体的な実践への示唆を分析するため、ここでは特に初期の支援段階に注目した。具体的には、1) 認知症の診断を受けた本人のための小冊子である「Don't make the journey alone」²⁾と、2) より詳細な情報が記載された「Facing dementia –how to live well with your diagnosis[※]」³⁾、3) 診断と同時に開始されるリンクワーカー制度に関する「Dementia Post-Diagnostic Support HEAT Target Measurement Overview」⁴⁾を題材に、連携のために必要な要因を分析した。

② G20における認知症およびMCIの推定人口・有病率と推移の算出

平成 25 年度に開発したシミュレータ (Visual Studio C# 2010 により作成、Windows 上の .NET Framework 4 で作動するアプリケーション) を用いた。

推計に用いた予測式も昨年度と同様に、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」⁵⁾、認知症有病率及び MCI 有病率については、Prince et al (2013)⁶⁾ 及び朝田 (2013)⁷⁾ を用いて算出した。なお、昨年度と異なり、日本の人口統計データのみ国立社会保障・人口問題研究所による平成 24 年 1 月推計値⁸⁾による算出も行った。

認知症および MCI 有病率についての推計方法も昨年度と同様とした。すなわち、認知症有病率については、年齢階級ごとの先行研究で示された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。MCI 有病率については、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たことから、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。

その他の定義や仕様については昨年度と同様とした。

C. 研究結果

① スコットランドにおける先進的取り組みをモデルとした分析結果

1) Don't make the journey alone (付録 1)

認知症と診断された人に向けた小冊子である本書の構成と概要を以下に示した。

・ あなたへの希望のメッセージ

すでに認知症の診断を受けている 3 名の本人からのメッセージ。診断を受けた瞬間の恐ろしい感覚と、しかしそれでも人生が終わるわけではないという明確な未来へのメッセージが込められている。

・ 私たち 3 人からの個人的な考え

「以前よりも障害への理解のある人間になった」「世界はまだまだ楽しいことがたくさんある」「『認知症』は自分の人生の一部に過ぎない」といった、3 名それぞれの思いが述べられている。

・ 認知症という状態について

「私はどうなってしまったのか」「どのくらい続くのか」「薬は効くのか？治るのか？」「年齢は問題になるのか？」といった本人からのシンプルな問いに対する回答が記載されている。ここでは、平易な文章で客観的事実 (たとえば、「状態は次第に悪化するが、ほとんどの変化は通常ゆっくりとしたものである」「薬は一部の人には有効だが、治癒をもたらすのではなく、あくまで進行を遅らせる効果である」「治癒する方法は現時点ではない」など) や、個人レベルでどのような姿勢で向かい合うべきかが述べられている (「新しい人生で最も頼りとなるのはあなた自身である」「診断を受け入れるにはかなりの時間がかかるかもしれない、個人差も大きい」など)。

※ 2015 年 2 月 12 日に最新版である「Living well with Dementia」が発表された。

・ ポジティブな変化

「学ぶ時間を持った」「自分自身の時間を持った」「創作活動ができた」「コンピュータを使うことができた」「孫とより多くの時間を過ごすことができた」など、病気であっても新しいポジティブな変化があることが記載されている。

・ 変化しうること

ポジティブな変化のみではなく、生活全般に困難なことも増えることが述べられている。同時に、それらに対する心構えも記載されている。たとえば「家族関係」では、「家族にとって困難」となりえるが、家族は本人の「存在自体を受け入れている」はずで、「適応するための時間」の必要性を述べている。ほかにも「友人関係」「役割や責任を共有すること」「得意であったことをすること」「自信を失うこと」「運転や公共交通機関」「仕事」「お金の取り扱い」について、予想される事態と対応の指針が述べられている。くわえて、「あなた自身はどうすることができるか」として、「ユーモアを保つ」「ポジティブに考える」「やりたいことをする」「健康を保つ」「十分な時間をとる」「他の人を最大限に利用する」「外出するとき自信を持つための術をとる」「記憶を補助するための工夫をする」「現在を楽しみ、準備ができたなら将来のことも考える」「憂鬱な時にする個人的なこと」など、さまざまな具体的なアイデアが盛り込まれている。

・ DEMENTIA

冊子の最後では DEMENTIA の文字を使って、よりポジティブな言葉に意味に変えようと試みている。

D：人生を諦めない。

E：不自由でさえ、人生を楽しむ。

M：時間を有効に使う。

E：賢く食べる。

N：今がしたいことをする時。

T：あなた自身でどうにかしようとすると同時に、助けを借りられるように準備する。

I：あなたの病気とともに生きる方法について考え、学ぶ。

A：いつも通りにする。必要な時だけ、助けを求める。

2) Facing dementia –how to live well with your diagnosis (付録 2)

「Don't make the journey alone」より詳細な情報が記載された冊子であるが、同様に本人に向けたメッセージが込められている。本冊子の構成と概要を以下に示した。

・ はじめに

この冊子は認知症の診断を受けたあなたのためのものである。

この冊子は、認知症の診断を受けた本人たちの集まりである、スコットランド認知症ワーキンググループにより作成されたものである。

・ 心に留めておきたい3つのこと

診断を受けた後も生活があること：あなたも家族も、病気であっても充実した人生を送ることができる。

決して一人ではないということ：今も、この先も、多くの人があなたを助けてくれる。

自分自身の助けとなれること：この冊子は、あなたがあなた自身や家族の助けとなれるよう手助けする。

・ 認知症について

認知症は脳に影響を及ぼす疾患である。

認知症の中には、アルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、アルコール性認知症がある。

認知症は徐々に進行するが、人それぞれである。

楽しむことのできる活動を続けることは可能であり、新たにわくわくする事を探することもできる。

記憶障害が初期症状として一般的である。やがて、支援がないと日々の生活を送ることに困難を感じるようになる。

医師に認知症についてもっと説明してもらおう頼んでみる。

・ 感情の揺れとどう向き合うか

診断後、感情が強く揺れ動かされるのはよくあること。

診断に折り合いをつけていくのには時間がかかるかもしれない。

診断後の人生もあること、決して一人ではないこと、自分を助けることはできること、支援は利用可能であることを思い起こすようにする。

専門のカウンセリングも有用。

認知症ヘルプライン (Dementia Helpline) など、最初には自分ことを知らない人からの方が話しやすいかもしれない。

心配になったり動転したりイライラしたりする場合は、地域の精神科専門保健師 (Community Psychiatric Nurse; CPN) が助けにもなる。

自分が今どんな感じなのか誰かに話してみる事を忘れずに。

少しの支援があれば、これまで楽しめていたことを同じように続けることができる。

・ 感情の揺れとどう向き合うか

家族や友人に自分に今起きている事について話すのは良い考えである。

家族に話すのが難しいときは、CPN やドクターに助けを求めること。

どうすれば助かるのか、どのような支援を家族や友人から求めたいのか説明すること。

あなたと同じように、身近な人も診断によってショックを受ける。最初はうまく受け止められないかもしれない。

彼らに自分は認知症になっても同じ人間なのだと安心させてあげること。

認知症について思い込みを持っている人が多いので、あなたが受けている認知症によってどのように状況にあるのか説明する必要があるかもしれない。

認知症になったからといって自分がやりたいことを続けることができないわけではない。

・ 実際の支援

あなたの疾患は、徐々に日常生活を過ごすことが難しくなるということを意味する。

必要に応じて支援を受けながら、自分にできることはできるだけ自分で行う。

必要なときに支援を求めることを恐れずにはいけない。

あなたには助けと支援を受ける権利がある。

CPN やリンクワーカーが、あなたが直面している困難に対処できるよう支援してくれる。

家族、友人、近所の人に助けを求めることを恥ずかしがってはいけない。

支援が必要ならば、地元の社会福祉機関がアセスメントを行い、支援サービスを提供してくれる。

社会福祉機関があなたに合ったサービスを用意できるし、あなた自身がアレンジしてもよい。

自分自身で認知症について学ぶことは有用である。

地域によっては本人、家族が学べる講座も用意されている。

・ 医学的治療

いくつかの認知症には薬物治療が存在するが、根本的治療ではない。

かかりつけ医は、何があなたに合うかアドバイスしてくれるだろう。

どんな治療についても、事前に医師に相談すると良い。

定期的に医師と会うことが大切である。医師に告げることを事前にメモしておく。

他の病気のために治療が必要な場合も、理解を得るために、スタッフに自分が認知症であると告げると良い。

手術を受ける際には麻酔医に認知症であると告げると良い。

薬を飲む時は、飲み忘れを防ぐために区切りが設けられた錠剤ディスペンサーの使用について、薬剤師に相談すると良い。

・ 気分よくあり続ける

自分の健康に気をつけること。

気分がよくなかったり、痛みがあれば、より混乱した感じになる。

身体的に活発であり続ければ、気分もよくなるし、身体と脳にも良い。

バランスのとれた食事をとること。心臓に良い食事は脳にも良い。

楽しいことを実行する。特に知性を使うような活動を実行すると良い。

音楽、運動、読書、瞑想など、リラックスできることは何でもやってみること。

夜しっかり睡眠をとれるようにすること。

認知症について、自分の感情を話せる人がいるようにする。

・ 生活上のコツ

メモすること。

大事な物は一か所にまとめる。

家族や友達に、リマインダーの電話をしてもらうようお願いする。

携帯電話のような電子機器が合う人もいる。

忍耐強くある。

自分ができていることに集中する。

自分のルーティーンを作る。

一日の調子の良い時間を知る。

物忘れがあることを人に伝えても大丈夫である。

ヘルプカードを使い、自分が認知症であり少し支援が必要かもしれないと伝える。

支援を求めること、受け取ることを恐れない。

自分が侵してもよいリスク、侵すべきではないリスクの見極めについて他の人の支援を受ける。

騙されてはいけない。自分の信頼できる人に相談せず買い物をしてはいけない。

・ 車の運転について

認知症の初期においては運転することは可能である。

関係当局や保険会社に認知症であることを伝えること。

運転の適性検査を受ける必要があるかもしれない。

運転を続ける場合は、注意すること。

運転を辞める場合は免許証を返還すること。

運転を辞めることは自分の自立性を失うような感じがするため、困難を感じる人が多いかもしれないが、他の選択肢はある。

家族や友人が送迎を行えるかもしれない。

スコットランドでは60歳以上もしくは障害者についてはバスでの移動が無料である。

レールカードを購入すれば電車での移動は安く済む。

食料雑貨の配達についてはインターネットショッピングの利用も試すことができる。

・ 仕事

あなたがまだ仕事をしているのなら、雇用主はあなたやあなたの仕事の助けとなる合理的な配慮をする義務がある。

やがて、病気によりだんだんと仕事ができなくなる。

雇用主に勤務時間の短縮や柔軟な勤務形態、シンプルな仕事内容、早期退職について相談しても良い。

ボランティアでの仕事も考えてみる。

地域の法律相談機関でも情報やアドバイスをもらえる。

・ お金の問題

あなたは社会保障制度の給付を得られるかもしれない。

ソーシャルワーカーやCPN、認知症ヘルプラインに相談すると良い。

定期的な支払いについては、口座引き落としや自動振替を銀行に相談すると良い。

・ 将来の計画

できる時にできるだけ早く将来の計画を作っておくと良い。

最終的には、認知症によって自分自身のことを身の回りのことをする能力も障害される。

重要な書類が揃っていることを確認する。

自分の財産や介護について、将来自分自身では難しくなった場合に代わりとなってくれる人を選ぶことができる。これは「委任状」と呼ばれる。

委任状の作成は法律職が行ってくれる。

あなたは自分の将来の医学的治療についてどのように感じているか、あなたの

希望を知らせるために書き留めておくことができる。

他の人と同じように、遺言状の作成をすべきである。

自宅で生活できなくなった時にどうしてほしいのかを家族とよく話し合っておくと良い。

身近な人に自分の希望を知ってもらえるよう、可能であれば書き留めておく。

- ・ **未来の展望**

認知症の原因と治療法については膨大な研究がなされている。

新聞で報道される「解明」されたなどの誇張には注意すること。

研究への参加を求められたら、意思決定の前に、自分が十分にその意味を理解しているかを確認する。

研究への参加についての自分の希望を代理人や自分に最も近い親族に話しておくこと。

3) Dementia Post-Diagnostic Support HEAT Target Measurement Overview (付録 3)

スコットランドにおけるリンクワーカーは、認知症の本人が生活する地域に根ざした支援の中核となる存在である。特に2013年4月よりスコットランド政府が開始した認知症診断後支援 (Dementia Post-diagnostic Support) の中核を成し、医療や介護のみならず、地域に点在するさまざまな社会資源を繋げる役割を担う。以下、認知症診断後支援に関する効果測定資料より、その概観を示した。

- ・ **認知症診断後支援の目標**

認知症診断後支援は、スコットランド認知症国家戦略のうちでも重要な役割を担い、認知症の診断の後に続く必要な支援を受けられることを保証するために設定された。2013年4月より、認知症と新たに診断を受けた全ての人は最小12ヶ月の間、リンクワーカーによる支援を受けることができる。

- ・ **認知症診断後支援とリンクワーカー**

認知症診断後支援はリンクワーカーにより調整される支援であり、リンクワー

カーは本人と家族と本来の支援ネットワークに対して、診断を受けた時点から少なくとも1年の間、「支援の5つの柱^{*}」を用いた個別的で柔軟な方法で支援する。

リンクワーカーは特別な訓練を受けており、本人や家族、本来の支援ネットワークのそれぞれに柔軟に働きかけ、その人にとって適切な時期に、個別・全人的な方法で「支援の5つの柱」のそれぞれが導入される。

- ・ **どのように12ヶ月の間に関わるのか**

新たに認知症と診断された全ての人にリンクワーカーが割り当てられ、少なくとも12ヶ月の認知症診断後支援を受けることができる。本質的にはリンクワーカーと最初に出会った日から少なくとも12ヶ月の間、利用できるサービスである。

なかにはサポートをすぐに受けたくない人もいるだろうし、12ヶ月の前に支援を望まなくなることもある。12ヶ月にわたって支援を望まない人もいるかもしれない。これらに関わらず、新たに認知症の診断を受けた全ての人にリンクワーカーが割り当てられ、12ヶ月間はそれぞれの人に合わせて「活動あり」か「活動なし」の状態で維持される。このことで、12ヶ月の間のいずれかでも認知症診断後支援を望む人全てが支援を受けられるように保証する。リンクワーカーは定期的に連絡を取り、少なくとも12ヶ月の間のいつであっても、個人の選択やニーズ・状況に沿った方法で認知症診断後支援が受けられる。

- ・ **重要な評価点**

認知症と診断された後にリンクワーカーが割り当てられ、リンクワーカーと最初に出会った日が12ヶ月の開始時点となる。その後、リンクワーカーは個人に対して支援の5つの柱に沿って支援を行い、仮にこの間に支援を受けなくなった場合にも理由や日付が記録される。その

^{*} スコットランドの認知症支援団体「アルツハイマー・スコットランド」による認知症支援の5つの重要な要素。「地域のソーシャル・ネットワークへの支援」「ピア・サポート」「将来のケアのための計画」「疾患の理解と症状のマネジメント」「将来の意思決定のための計画」の5つ。

後、12ヶ月後にはパーソン・センタードな支援計画や支援の5つの柱による認知症診断後支援の状況などが評価される。

② G20における認知症およびMCIの推定人口・有病率と推移の算出結果

本シミュレータを用いて、予測式 Constant Fertility（日本における国立社会保障・人口問題研究所によるデータは死亡率中位・出生率中位）による2060年までのG20各国における認知症の人の将来推計を表1に示した。また、同様にMCIの人を含めた認知症の人の将来推計を表2に示した。

表1から、2015年推計値では、日本や欧米圏の15%前後という有病率の高さと人数が目立つ一方、ブラジルやメキシコ、アルゼンチンといった中南米や、インドやサウジアラビアを含めたアジア諸国など、EUを除けば15カ国が有病率10%を超えると推定されている現状にあることが分かる。この傾向はほぼ変わらず増加・維持され、2030年には日本では有病率20%、EUでも15%を超え、2045年にはG20全てで有病率10%を超える状況になると推定された。

表2が示すMCIとの合計推計値はさらに大きな値を示しており、2015年時点で日本では1,000万人を超え、EUおよび中国では3,000万人を超える値が示された。有病率にすれば22%~28%の範囲であり、これらの国では65歳以上のおよそ4人に1人が認知症かMCIの状態にあると推定された。また、その後の推移についても認知症と同様に、増加・維持され、2030年では日本・フランス・イタリアは有病率30%を超え、2045年には8カ国が30%を超えることが示された。

なお、わが国の推移を明示するために、表2および表3をグラフ化したものを図1に示した。いずれのデータベースを用いた場合も、認知症およびMCIの将来推計は2060年までほぼ減少することなく、増加・維持される傾向にあることが分かる。

（2040年から2045年にかけて国立人口補償・人口問題研究所によるデータでは

減少も認められる）。特に、MCIを含めた人数は2015年時点での1,000万人から10年後の2025年には1,300万人を超える。以降、2060年まで65歳以上における35~40%を占め続ける結果が示された。

D. 考察

① スコットランドにおける先進的取り組みをモデルとした分析から

題材として取り上げた「Don't make the journey alone」と「Facing dementia」は、ともに認知症の診断を受けた人へ早期に渡されることを想定して作成された冊子である。リンクワーカーも認知症診断後支援の中核に位置付けられていることから、初期支援の要ともいえる。

まず2つの冊子を読み解くと、診断を受けた本人の心理状態への配慮が随所にみられる一方、現時点で何を準備すべきか、そのための支援はどこにあるのかといった現実的な手がかりを与えている。くわえて、今後の将来に向けた懸念へも言及されており、わが国の初期支援にとっても非常に多くの示唆を与えてくれる。その中でも、以下の2つの観点は特に重要な意味を持つと考えられる。

・ 認知症の本人から診断を受けた本人へのメッセージであること

いずれの冊子も、冒頭に認知症の本人が作成に携わっていることが明記されている。自らの体験に基づいた言葉は、専門家による外からの助言以上に、診断を受けた本人たちが知りたいことや心配なことへの的確に答えを与えている。言い換えれば、診断を受けた本人のニーズが何であるかを本質的に理解したうえで、それに答えるべく冊子が作成されている。

・ 未来へ向けたメッセージであること

いずれの冊子も、診断を受けた後も人生が続くことを明記し、自らの偏見（スティグマ）で、自らの人生を諦めることのないよう強く伝えている。さらに、そのために自分ができる事が数多くあることを紹介している。診断の先にある未来の人生に向けたメッセージが多いことも、本人のニーズに基づいて作成されたこと

が理由として考えられる。

次にリンクワーカーについても、上記2点の観点を活かされている。つまり、認知症の診断を受けた本人のニーズに素早く柔軟に対応できるよう設計された制度であり、診断後の未来の人生に向けた方向付けを担う役割も大きい。もちろんリンクワーカーは、概要で紹介した通り、支援の5つの柱に沿って、さまざまな領域、職種、資源と連携しながらケアのネットワークを構築する中核的な存在でもある。したがって、こうした連携ネットワークの中に診断後すぐに本人を位置付け、ニーズに素早く柔軟に支援を提供し、その後の人生への準備を可能としている点で、わが国での実践に与える示唆は大きい。

以上のように、一部ではあるものの、スコットランドの先進的な取り組みを概観すると、認知症の人は単なる支援の受け手である「対象」ではないことが分かる。自らの体験に基づき必要なニーズを明らかにしたり、そのための支援制度を設計したり、あるいは自らを自分の支援の最大の資源として位置付けたりと、支援の枠組みの中に本人が「主体」として参加している。リンクワーカーは、これらのことを診断直後から可能となるよう支援しているともいえる。

認知症の人を「主体」的な「参加」者として支援や制度に位置付けることについて、Wilkinson (2002)⁹⁾は認知症研究において必要なのは、認知症の人に「ついて」の研究よりも、認知症の人と「ともに」行う研究、「参加型」の研究を行うことだと述べている。つまり、認知症の人を医学的モデルによる「疾患」からみるのではなく、貴重な体験を持つ「個人」としてとらえ、その主観的体験を引き出すための包摂的な研究に取り組むべきだとしている。

わが国での病・診・介護の連携による認知症ケアネットワークの構築を目指すうえで、こうした認知症の本人を支援の中に包括し、主体的な存在として「参加」できるような環境を整備する必要が

強く求められる。この方向性は、新オレンジプランにある「⑦認知症の人や家族の視点の重視」とも合致し、今後の将来の認知症支援における転換点となる重要な取り組みになるだろう。

② G20における認知症およびMCIの推定人口・有病率と推移の算出から

本研究のシミュレータを用いた2060年までの推計から、認知症の推定人口および有病率の増加は、2015年時点で多くの国が10%を超え、現時点でG20に共通した課題であることが明らかとなった。くわえて、推移も増加・維持される傾向にあることから、恒常的な課題として今後も保持され続けることが確認された。

一方で、本研究のシミュレーション結果は、あくまでもわが国における有病率調査⁴⁾に依拠する点が大きく、人口学的・文化的・政治的背景の異なる諸外国にはそのまま当てはまらない可能性は大きい。しかし、新オレンジプランの中で新たに示されている日本の認知症の人の将来推計では、糖尿病有病率を考慮した結果、さらなる増加が見込まれた値となっている。今後も経済的発展が見込まれる新興国を含むG20では、わが国と少なからず重なる状況となることが予想できる。したがって、認知症の人数や有病率の増加は世界的に不可避な事態であり、増大するニーズとそれに伴うコストの問題が多くで噴出することは明らかであろう。G8認知症サミットで提言されたように、国際的な共通課題として各国が連帯して取り組まなければ、認知症の課題は解決困難なまま、世界に変わらず存在し続けることになる。

問題解決のためには、国内外のさまざまな取り組みや知見を共有することが不可欠である。しかし、医学的(生物学的)な知見に比べ、心理社会的な知見は現状では十分に共有されていない。特に、現場レベルでの取り組みのプロセスやノウハウなど、応用可能な形での質的な知見の共有はほぼなされていない。わが国のMCIを含めた1,000万人以上という推定