

令和7年度 川崎市認知症疾患医療センター地域連携会議（合同会議）議事録

1 開催日時 令和8年3月4日（水）
午後2時～午後3時8分

2 場 所 川崎市立川崎病院 7階 講堂

3 出席者

(1) 委 員

三浦 かつい	川崎市看護協会
出口 智子	川崎市介護支援専門員連絡会
吉田 むつみ	川崎幸クリニック医療相談室
山崎 智美	地域包括支援センター しゃんぐりら
堺 靖志	中原区役所 地域みまもり支援センター 高齢・障害課
仁科 淳子	地域包括支援センター 桜寿園
永井 麻由美	川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室 地域保健担当

(2) 日本医科大学武蔵小杉病院

山崎 明子	認知症疾患医療センター
上原 嘉子	認知症疾患医療センター
小田島 広子	認知症疾患医療センター

(3) 川崎市立川崎病院

北菌 久雄	認知症疾患医療センター
野崎 博之	川崎病院、脳神経内科
高畑 良子	認知症看護認定看護師
鳥海 幸恵	老人看護専門看護師
伊藤 猛	庶務課
高橋 智常	患者総合サポートセンター
舘山 奈緒子	患者総合サポートセンター
中澤 宏明	患者総合サポートセンター
藤平 高志	患者総合サポートセンター

4 内 容

(1) 開 会（司会進行 北菌室長）

開会挨拶
・傍聴希望者無し

(2) 川崎市立川崎病院病院長挨拶

（野崎病院長）

病院長の野崎でございます。ハイブリッド会議ということで、着座にて失礼させていただきます。本日は会場までお越しいただいたり、オンラインでの参加、まことにありがとうございます。特に昨日、非常に天気が悪くて、足元が悪くなったなと思って、ようやく午後になってよくなったという感じでございます。さて、本日はテーマとして認知症予防の取り組みということになっておりますけれども、予防

という言葉が、認知症予防学会の方で浦上先生が提唱されたのは、一次予防として認知症にならないようにする。二次予防として早期発見、早期介護。三次予防として進行しても暮らせる体制とか、進行を遅らせるとか、そういうような意味合いで作られたわけです。

ご存知のとおり、認知症予防学会の初期においては、日本医大の武蔵小杉病院の北村先生がかなり活躍されて、認知症予防という考え方が普及したわけですがけれども、厚労省が認知症の施策大綱を作るにあたって、この「予防」という言葉にかなりいろんな会議の中で抵抗がある施策の中で、後で北菌のスライドから出て予防の定義が書かれております。これは予防という言葉が前面に出すぎると、予防できるのになってしまったことは、予防する努力をしなかったのが悪いのではないかというスティグマを生んでしまう。例えば糖尿病であれば、「太りすぎると糖尿病になるのであれば、太らないように努力しなかったあなたが悪いのだ」という方向に持ってかれるという、そういう問題がございますので、ここでは予防というのは、早期発見と早期介入あるいは進行しても暮らせるようなという厚労省の立場をとって進めていかないとあらぬ誤解を招いてしまうのかなというふうに思っている次第です。それでは本日そういうテーマで行われる予定ですので、皆さんの忌憚なきご意見をいただければ幸いです。よろしく願いいたします。

(3) 委員等紹介

出席委員、日本医科大学武蔵小杉病院出席者、川崎市立川崎病院出席者の自己紹介

(4) 議事録署名人選出

北菌室長が仁科委員を指名。仁科委員承諾。

(5) テーマ「認知症予防の取り組み」

(北菌室長)

抗アミロイドβ抗体薬が登場し早数年経ちましたけども、やはり薬は大事です。それ以外の薬もそうですし、当然認知症にならないことも大事ですし、他に何か認知症であっても進行を遅らせる、そういった何か取り組みがあれば、ぜひ聞きたいですとか、やってみたいですという患者さんご家族で割といらっしゃいます。そういうこともありまして、委員の皆様方と、今の認知症の予防について、現状共通的な形でお話を、まず私の方からオーバービューということで話していきたいと思えます。よろしく願いします。スライドが少し多いのですが、スライドをスキップしながらやっていきます。本日の内容ですが、認知症の新時代、そして予防、そして当院の取り組みについて話していきたいと思えます。

認知症の新時代ということですが、これは令和5年版の高齢社会白書から内閣府が出したものですが、令和4年の10月1日現在で人口1億2,495万人ですね。そのうち65歳以上の高齢者の方は29%程度ということでした。ここで見ていただきたいのは、65から74歳の人と比べて75歳以上の方々が多いですね。経年的に見ていきますと、人数は徐々に低下してきますが、人口数ですね。少子高齢化が進みまして、超超高齢化社会に突入していくと、そういったことです。

そんな中で、今の国民の皆様というか、市民の皆様がどういった病気になりたくないのかということアンケートしたのがあります。対象は、20歳から69歳まででそれぞれ100人ずつというふうになってるんですね。そうするとですね、1位は認知症なんですね。認知症にはなりたくないと言ってる方が多いんです。若い方も

高齢の方も皆さんですね。そこで認知症についてどのようなイメージがありますかってことを聞くと、身の回りのことができなくなり、施設に入るとか認知症の症状が進行すると何もできなくなるとか、仕事を辞めなきゃいけないとか差別を受ける、先ほどお話があったスティグマのこととか、あと自分の家で生活ができなくなるとか色々ありますけども、そういったいろんなイメージが認知症にはあるんですね。そういったことでなりたくないって方は多いですね。だからこそ、予防っていうのは大事かと思えます。認知症の発症の予防も大事ですね。じゃあ実際どのぐらいの方が認知症またその認知症全体の MCI って言われている方がいらっしゃるのかってことで、これは高齢者の推計ですけども、2024年5月の最新のデータだと思います。九州大学の二宮先生のチームが中心となられてデータを集めてされた研究ですね。2022年の時点でこの認知症、MCI 両方とも合わせて1,000万人近いのかなと思えますけども、それが2040年になると徐々に徐々に人口は減るんだけども認知症、MCI の方の人数増えてくる。MCIの方は2040年には612万人。認知症の方は584万人ですね。このようにですね MCI と認知症両方とも1,000万人超えるとされてます。なのでそういった状況なのでやっぱり皆さんがなりたくない認知症についてどうやって取り組んでいくべきか、今どういった新しいことが起きているか、パラダイムシフトを認知症センターでも共有していくべきかなと思えます。ということで認知症の新時代となりますが、主に4つを挙げさせていただきました。薬剤、認知症基本法、認知症の予防、そして認知症疾患医療センターの事業内容ですね。薬剤については今日は特に多く語りませんが、先ほど話したアミロイドベータ抗体薬の登場です。MCIの時期からアルツハイマー病であれば使える薬、ある条件を満たすとです。これは画期的な治療薬ですね。あとは新たなコリンエステラーゼ阻害剤ですね。ドネペジルをはじめ、リバスチグミンといろいろありますけども、貼付剤としてドネペジルの貼付剤が出たり、週2回貼り換えて大きなリバルエン調整をしてますね。あとこれはブレクスキブラゾール。精神科の方で保険適用を通った薬ですけども、アルツハイマー病のいわゆるBPSD陽性症状である易怒性とか焦燥感とか、そういったものによる攻撃性とか、そういったものに対して保険適用を通った初めての薬です。そういった薬もどんどん出てきまして、新しい時代になってきたのかなと。それに伴いましてベータ抗体薬ですね。それによって2024年度に認知症センターの事業内容として国の方が加えました。センターはベータ抗体薬に関わる治療や相談支援機能をやらなきゃいけないと追加されたんですね。私の方も積極的に行っております。

認知症基本法、そして認知症予防ですね。こんな感じになって認知症の基本法とかについてまた話していきたいと思えますけども、そして予防ですね。この2つ話していきます。まずは認知症の予防、厚労省の、認知症の施策推進大綱というのがありまして、認知症になっても、ここには住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる共生を目指し、認知症バリアフリーの取り組みを進めていくとともに、共生の基盤のもと、通いの場などの予防の取り組みを進めていくと。共生とは、認知症の人が、希望と尊厳を持って認知症とともに生きる、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きるという意味ですね。そして予防とは認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を穏やかにすると書いてあります。そしてこれも先ほどお話しいただきましたが、認知症の予防です。こちらには1次予防、2次予防、3次予防があります。1次予防というのは認知症の発症遅延、発症リスク低減ですね。2次予防というのは発症したとしても早期発見し早期対応ということになります。3次予防というのは進行してきても、重症化するのを予防するとか、機能とか、BPSDの

予防対応、そういったことです。一次予防との認知症のステージ、フェーズにおいても予防は必要だということです。認知症は予防する時代になっております。そこで、2023年6月14日に認知症基本法が提出されました。日本において初めて認知症に対しての法律が出たので、かなり革新的なことでした。2020年の1月に施行されたんですが、ビジーなスライドで恐縮ですけども、伝えたいのは共生社会の実現なんです。先ほど言ったようなことを目指していきましょうということなんですが、この中には具体的に基本理論書いてますけど、これはインターネットで調べていただければと思いますが、この認知症基本法の基本的施策にもですね、バリアフリー化とか薬剤のこととかサービスとかありますけども、予防も法律の中にやってみようとして書いてます。予防について先ほどと同じ対象者の方についてアンケートを取ったんですね。どのくらい予防について知っているかです。こちらアンケートによりますと認知症の発症を遅らせる、いわゆる予防方法としてあなたが正しいと思うものを全てお選びくださいとやってみよう、「認知症のタイプに予防ができるものがある」といった風に思ってもらっちゃう方が半分ぐらいいらっしゃる。あとはわからないって方が結構多いんですね。薬で予防できる、予防する薬はないと、加齢から来るもので予防はできないとか、そういったことであまり予防についての知識っていうのは芳しくないのかなと。薬についてどうにかできるものとできないものがある。そんな認識なのかなと思います。あとは認知症の予防に対するあなたのお考えとして当てはまるもの、という質問には、今予防活動は何もしていないと答えた人は過半数ですね。簡単にできる予防活動があれば取り組んでいきたいという人が2割ぐらい。あとは認知症の取り組みに効果はないと思うっていう人もいるんですね。なので、何らかの予防活動をしているという人もいますけども基本的には認知症に対してはしていない人とかネガティブな印象を持ってる人は多いかもしれないですね。そこで認知症の危険因子、これはランセット・リビングストーン先生の論文で、定期的に改訂されて新しくなってますが、2024年度版になりますけども、これによりますと早期ですね、この危険因子がたくさん書いてありますけど、これの危険因子を是正していくと、いわゆるその認知症になる確率を下げられると、そういったことを言っています。早期は45歳の低教育歴、そして中年期45から65歳は聴力障害、高LDL血症、外傷性脳損傷、身体不活動、糖尿病、喫煙、高血圧、肥満、アルコール過剰摂取ですね。そして高齢期65歳を超えてくると、社会的孤立、大気汚染、視力障害、これは2024年になって追加された項目としてはですね、この高LDL血症と視力障害が新たに追加されたんですね。これらを全てですね、ここまで整理していくとですね、パーセンテージが色々書いてますけども、45%修正可能因子があるということで、その分リスクを低減できるんじゃないかというので、まさに予防する時代なんですね。では認知症と食事について話しますが、地中海食とか和食とかいろいろ言われてはおりますけども、私はこれを挙げるのですが、豆類、野菜、そして藻類や牛乳、乳製品を多く摂取し、米類が少ない、そういった食事パターンを認知症を抑制させたという論文があります。食事の多様性が高いほど認知機能低下を抑制させる、多様性が高いっていうのは、いろんなものを買って献立を考える、何を買うか考えると調理する時に調味料とか考え、作り方も考えてやるんですね。多様性があるとやっぱり色々考えることが多くなるので作る人自身、いわゆる食べる人以外は、作ってる最中も頭結構働かせるのでやっぱりそういった意味で、認知機能を覚醒させるのかなと思うんですね。あとはお肉よりも魚とかオリーブとか色々言われたりしてますけども、ワインとかですね。ただ、お肉とか摂らないとビタミンB群とか減ってきてしまうので、他の認知機能の低下を起こして

しまいます。なんだかんだ認知症の予防のためにまんべんなく食べるのが大事ななと思っています。

次は BMI と認知症ですね。先ほど中年期の肥満っていうのは認知症リスクっていう風にかかれておりましたけども、だから中年期の肥満は認知症リスクが増加してるんですね。これはいいんですけど、実はですね、ここで見ていただきたいのはこちらです。65歳を超えた人の認知症のリスクっていうのは、むしろ BMI が高いと減ってるんですね。高齢期の肥満っていうのは認知症を抑制すると、そういった風になってきます。つまり肥満は、中年期では認知症リスクとなりますが、高齢期では認知症の予防となりうると言えるかなと思います。なんでなのかって話なんですけども、ここで話するのはフレイルという概念ですね。高齢フレイルは、高齢期に生理的予備能が低下することで、ストレスに対する脆弱性が亢進し、生理的機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態ですね。フレイルはまた多面的な問題を含有しまして、身体的脆弱性を主体としながらも、精神心理的側面、社会的側面における脆弱性を含む概念とされております。このフレイル、一応基準があります。日本語版の CHS 基準でありますけども、これですね、体重の減少、筋力の低下、疲労感、歩行速度、身体活動、これらの項目でですね、3項目以上該当しますとフレイルって診断になるんですね。1から2項目だとプレフレイルってフレイル前段階になります。0だと健常ですね。そこでフレイルっていう診断をしてですね、じゃあフレイルっていうものは認知症の発症率に影響するのかっていうそういったデータなんですけども、これは神経変性が軽い人と高い人、全てにおいてですね、フレイルとかフレイルのストレスが高い方が認知症の発症率を上げるとそういったことですね。Dementia が増えてくるんです。青いのは Dementia ですね。なので、フレイルがあると認知症の発症率を上げる認知症のリスクとなるというふうに言えると思います。あとはこのアルツハイマー認知症とフレイルの論文がありますけども、アルツハイマー認知症はこの AD っていうのはですね、このオレンジ色ですね。MCI はこのコグニティブインタクト正常ですけども、このアルツハイマー認知症ではですね、このフレイルリスクが高い人が多いですね。なので、何かしら関係してるんじゃないかと、そういうふうなことも言えると思います。

あとは次、フレイルは科学的な状態なんです。フレイルだったらもう終わりとかじゃなくてですね、not フレイルがあります。それがプレフレイルになったりフレイルになったりする。それがデスになったりするんですね。ただ、not フレイルから死亡することもありますけれども、死亡したら当然 not フレイルに戻りませんが、プレフレイルやフレイルから not フレイルに戻れるんですね。リハビリとか食事への栄養とか取り組んでいけばですね。なので、フレイルっていうのはフレイルを予防することによって認知症の予防をしようのでこれを改善する取り組みをしていくべきだというふうに言えると思います。

次は少し話を変えて、口腔の、歯医者さんの話ですね、歯周病菌である、いわゆる Pg 菌っていうものがあります。Pg 菌のリポ多糖とアルツハイマー病の報告です。この Pg 菌のリポ多糖、LPS っていうのはですね、アルツハイマー病の患者の脳、剖検脳に発見されたんですね。この報告では、Pg 菌の LPS はマウスに全身投与すると、中年マウスの記憶力低下を誘発させて大脳にアミロイドベータの蓄積を誘導させたという論文です。Pg 菌の LPS っていうものはアルツハイマー病の病態を促進させるとそういったデータもあるんです。限定的なものですけどもアルツハイマーモデルのマウスを用いた解析でもこのようにですね、この Pg 菌って最大の歯周病菌なんですね。そのリポ多糖を投与することによって AD モデルマウスのアルツハイマ

一病の病態進行を促進させるという報告がありました。このようにPg菌のLPSというものを投与すると、脳内の炎症を介してニューロンのですね、タウのリン酸化酵素基準にすると、そういうことで細胞のことに関与していると言えます。なのでここで伝えたいのは、認知症の予防が歯周病の予防、つまり歯周病の予防を含めて口腔ケアが大切となっているとも言える、ということです。

次は、睡眠です。さっき臨床因子のランセットの論文が睡眠とか書いてなかったんですけど、じゃあ実際関係ないのかということ、そうでもなくてですね。こちら、1日の睡眠時間とADの発症のハザード比ですけども、睡眠時間短い5時間未満の人はリスクぐっと上がるんですね。ただ8時間超えてきた人も上がってくる。寝てるとですね、寝てる間に、アミロイドベータっていうものがですね、ドレナージ化されていって、脳から無くなっていくので、短時間の人は改めてなりやすいって確かにわかるんですけども、なんで長時間睡眠だとなりやすいのかって話なんですけども、長時間睡眠の方っていうのは、何かしら早くに病気があったとする方かもしれないんですけども、その前に寝てばかりで言うと、当たり前ですけどあまり動かない、屋内にいる方が多い。そうするとフレイルとかなったりする率が高いですね。なので、そういった意味からもやっぱり短時間長時間睡眠の質は良くなって、ちょうどですね、6時間、7時間ぐらいがちょうどいいのかなという話になると思います。こちらですね、アミロイドPETっていう画像ですね。アミロイドPETを見て睡眠の時間で比較したもののデータですけども、睡眠時間の6時間以下ではですね、この脳の赤いものですけども、脳にアミロイド β が蓄積しやすいとなります。2症例ありますけど、睡眠時間をしっかり取ってる人はなかなか蓄積しないんですね。そういった意味で睡眠時間も関わってるのではないか。じゃあ病態として何で関係してるのかってことになりますが、これは睡眠障害、いわゆる睡眠の断片化ですね、その断片化が、神経活動を増加させまして、アミロイド β が過剰放出してアミロイド β が沈着する。そしてアルツハイマー型認知症につながるんですね。さらにこのアミロイド β の沈着は睡眠覚醒に関する脳領域を障害させて、これは睡眠の断片がまた起こすという悪循環なんです。悪循環であると不眠があるんですね。プラスアルファ、オーサスとか睡眠時無呼吸があったり、そういったのも関係していると認知症になります。なので不眠症っていうのは認知症の誘因となりますし、不眠症の治療を行うことで認知症の予防ができる可能性があるのかなと思います。実際不眠症の治療ってなんぞやって話ですけども、不眠の訴えがあって、中途覚醒なのか、睡眠と入眠の困難なのか、症状があります。まずやるのは睡眠衛生指導ってことです。これはなかなか難しくなりますけども、簡単にお話しすると、これのできるのかなと思います。2023年の健康づくりのため睡眠ガイドっていうのがあります。これ調べていただくとすぐ厚労省のホームページから見られますので、見ていただきたいと思いますが、高齢者、成人、子供で分かれてまして、推奨事項があります。高齢者について話しますと、長い床上時間が健康のリスクとなるため、床上時間が8時間以上にならないことを目安に、必要な睡眠時間を確保しましょう。食生活や運動などの生活習慣や寝室の睡眠環境などを見直して、睡眠休養感を高めましょう。長い昼寝は夜間の良眠を妨げるため、日中は長時間の昼寝を避けて、活動的に過ごしましょう。20~30分の昼寝をしましょう。そういうことですね。こういったものをお話していくのも大事なかなと思います。それをしててもですね、やっぱり眠れなかったりします。そうしたら薬になりますけども、薬はいろいろありますよね。もともとのベンゾ系の薬とか、最近のオレキシン受容体拮抗薬ですね。よく言われるこのベンゾ系の薬と認知症リスクの論文ですね。これいろんなデータが集ま

って、それを全部合わせて解析したものになりますが、そうするとトータルではこうなってます、ベンゾジアゼピン系の腫瘍患者さんでは未使用の患者と比較して認知リスク 78%高かったとデータが出ています。認知症患者の睡眠障害に有効な治療薬としまして、認知症診療ガイドラインというのがあります、そこには明確にベンゾジアゼピン系の薬は、鎮静や転倒などの有害事象が起りやすいので推奨されないとあります。認知機能の低下って言葉は使われてませんが、やはり鎮静とか転倒のリスクなので使っちゃダメですよ。推奨されないってなので、使わない方がいいってことですね。また、別の論文によりますと、ベンゾ、もしくは非ベンゾですね。エスリーとかエスタとかエストピンありますけども、そういった非ベンゾと言われても同じだと思うので、せん妄の原因になり得ると。そういうふうになりますね。せん妄が起きるとなんで悪いのかって言うと、せん妄と認知機能の低下との関係ですけども、せん妄が起きれば、MMSE が加速度的に低下しやすくなるんですね。なのでせん妄の病歴があるとスコアが低下していくとのことなので、何回も何回もせん妄を繰り返す。やっぱりどんどんスコアが低下する。なのでせん妄を認知症の方の場合だと起こさないように努力する。そういった意味でせん妄ハイリスクケア加算ってありますけども、せん妄の予防ってというのは大事なと思います。実際そのデータとしまして、こちらの論文では入院中のせん妄出現で認知症発症リスク 5 倍となると言われています。これはせん妄の歴のない患者さんで 972.5 日ですね。そしてせん妄病歴を要する患者 592.5 日であって、明らかにですね、認知症発症までの中央値が短かったということですね。59.5 倍となります。せん妄を起こさないということですね。じゃあ薬は何がいいかってことですけども、認知症の患者さん、そして専門リスクのある患者さんにベンゾ、非ベンゾ以外を選択するべきなんですね。じゃあどういった薬があるかってことでもありますけども、少し参考になればですが、こちらアルツハイマー型認知症ではオレキシンっていうものはですね、検証の数に比べても少し高いんですね。多いんです。なので、このオレキシン受容体、もしかしたら改めて期待を持てるのかなというふうに言えると思います。実際マウスレベルの実験になりますが、こちら 2 個論文を持ってきました。これは簡単に言うと、オレキシン受容体拮抗薬を投与すると、認知機能低下を抑制し、そしてリン酸化タウ蛋白とかアミロイドベータで抑制すると、そういったデータが出たんですね。なので、これはですね、本当に実際一緒に使ってどうなのかとか、再現性がどうなるのかってというのはわからないですけど、そういった状態があるので、オレキシン受容体はベンゾよりはるかにいいのかなと思います。あとはこちら WHO のガイドラインにも認知機能低下及び認知症の発症リスク低減というのがあります、これも日本語版がありますので、調べてください。こんな風に具体的な介入法を書いてます。生活習慣のこととか、身体活動に関する取り組みとか書いてます。参考にいただければと思います。

最後に当センターの取り組みについて簡単にお話します。認知症ケアチームがありまして、最近では病院でもですね、いくつもの病院でも認知症ケアチームがどんどん作られてきますけど、うちみたいな急性期病院でも作ったと。2018 年 10 月から発足しまして、チームによる回診や研修を行っています。病棟のスタッフと行っています。そして相談事項に対しまして、ここでいろいろお話しさせていただいて、助言とかアドバイスとか薬を減らしたり、そういった話をしてますね。そこでせん妄のリスク低減や BPS 発症予防とか、薬を変えたらいいんじゃないかってアドバイスをさせていただいてます。あと、うちでやってる取り組みとして、このリーフレットです。これは一年間でだいたい三部新しく作っています。認知症について記載し

ておりますが、認知症サポーターになりませんかというものです。あとは認知症の予防と関係してるのかなと思って、食事で認知症を予防しようとか、そういったものがあります。これはうちの病院に来て、もの忘れ相談室に来ていただくと、すぐもらえるのかなと思います。あとは昨年度下半期に、私の方に、川崎病院の認知症と、その後抗Aβ抗体薬についてのお話できないかと広報誌の依頼がきまして、そこでそのアルツハイマー、MCI、抗Aβ抗体薬についてと予防についても簡単に触れました。あと川崎病院にはオレンジサロンという家族会はもう数年前から立ち上げまして、これは対象としましては、もの忘れ相談室にももの忘れ外来に経由した方、最近では抗Aβ抗体薬を投与している方ともなっておりますが、定期的に2箇月に1回ぐらいのペースでやっています。実際、最初にミニレクチャーをやらせていただいてまして、最初は予防について話してはいますが、話すのは、私などの医師、または看護師、薬剤師、リハ科ですね、あとは院外の方も来てもらって話してもらったりもしています。そして後半では当該者のグループと家族のグループに分かれてディスカッションとか悩んでいることを共有しています。かなり人気があって、先着順なので埋まっちゃうんですけども、今後も続けていきたいと思っていて好評になっています。地域の認知症カフェとかにつなげていきたいと思っています。あとは院内で認知症ケアリハビリテーションと、入院しているとBPSE、せん妄リスクになる方が多いんですね。OTが中心になって、週1回水曜日にやっておりますが、こちらですね。普段イライラしている方も、認知症の作業の取り組みとか、一緒に映画を観るなど、色々やっていただいて、個々に作用するんですね。楽しかったらまたよろしくねって帰ってたりして、その日は眠剤とかも使わずに穏やかに寝たりもしているので、病棟の看護師の負担軽減にもつながっています。あとはこちらですね。市民公開講座で1月24日、今年直近でこの2つでやりましたね。これは川崎区の医師会の方も共催とかしていただいたりしたんですね。かなり好評でした。人数もあふれてなかなか入りきれなかったりしました。今回、市民公会講座で僕は2月13日に当院にて話しましたが、これもかなり人が集まって、抗Aβ抗体薬と予防について話させていただきました。川崎市はこのように4つですね、疾患センターあります。南部は、日本医大さんと私たち当院がありますけども、いわゆる川崎市を北部、中部、南部ってわけて、本当の南部ってなっちゃうと、幸区と川崎区になりますね。そうするとですね、センターはうちだけなので、ネットワークを立ち上げまして、定期的に地域連携、そして抗Aβ抗体薬についての連携のMCIの拾い上げなど以上ですね、Take home messageとして。認知にパラダイムシフトをおいて新時代が起こりました。認知症は予防する時代であり、認知症予防には一次予防から三次予防があり、いずれの段階でも予防は大切です。当院地域連携を密に行い、認知を診療に尽力していく所存です。

当院は、そして認知知識疾患医療センター、認知症ケアチームは、全ての認知症の方ご家族に光を提供していきたいと思っております。以上となります。

(山崎部長)

認知症は日本だけでなく世界中で高齢化が進む中、年々増え続けており医療だけでなく社会全体の大きな課題となっています。日本では既に65歳以上の4人に1人が認知症もしくは軽度認知障害など何らかの認知機能の問題を抱えているとされています。

そしてこの数は今後も増えると予想されています。認知症の中には家族性のものなど、残念ながら私たちの努力では変えられない要因もあります。一方で、生活習

慣や環境など修正できるリスクがあることも近年の研究では分かってきました。絶対に認知症になる、これをすれば認知症にならないといった白黒がはっきりした情報が世の中にはたくさんあります。しかし、実際には認知症の予防はそんなに単純な話ではないです。今日はお伝えしたいのは、完璧に防ぐ方法があるという話ではなく、できることを積み重ねることで発症を遅らせる可能性があるという考え方で、認知症に対する修飾可能な9つの危険因子をご紹介します。こちらは2017年に認知症症例の35%は修飾可能な9つの危険因子の組み合わせに起因していると推定した報告がありました。それは低学歴、高血圧、肥満、難聴、晩年期のうつ病、糖尿病、運動不足、喫煙、社会的孤立です。このように具体的に挙げられると理解しやすいと感じます。そして1つ1つを見ていくと生活習慣病が多いことが分かります。中年期にこれらの修飾可能な危険因子を取り除くことが大切です。社会的活動、身体運動などの健康的なライフスタイルは、認知症の発症率との間に逆相関をするといった報告が数多くあります。中年期における集中的な危険因子の修正は、認知症になるのを遅らせたり、予防する可能性も推測されているため、先ほどの9つの因子は、年齢を経る前に修正していくことが求められます。

ここで、先ほどお示したリスク因子の中から、いくつか代表的なものを取り上げます。まず、認知症と難聴の関係についてです。多職種の皆様は、日々の現場で聞こえにくさを抱える方に接する機会が多いのではないのでしょうか。私たちの生活環境を振り返ると、イヤホンの使用や社内、店舗内の騒音など、日常的に大きな音にさらされる場面が少なくありません。こうした音刺激は、耳の奥にある内耳にダメージを与え、聴力低下を引き起こします。この聴力低下は、認知症の重要なリスク因子の一つと考えられています。難聴は加齢などの他の因子とは独立して、認知症のリスクを高める可能性が高いことが分かってきました。例えば、研究開始時点で認知機能が正常な人を対象に8年間追跡した研究では、一定以上の聴力障害がある人の認知症リスクは約1.9倍に上昇していました。長期間の追跡研究であることから、認知症が原因で難聴になったという逆の因果関係の可能性は低いと考えられています。さらに別の研究では、中年期の聴力低下が記憶を司る海馬や側頭葉の萎縮の進行と関連していることも報告されています。では、なぜ難聴が認知症と関係するのでしょうか。聞こえにくくなると会話が減り、人との交流が少なくなります。その結果、脳への刺激が減少し、認知機能低下が進みやすくなる可能性が考えられています。では、補聴器を使用すれば認知機能低下を防げるのかという点については現時点では明確な結論は出ていません。ただし、難聴と認知症の関係は近年特に注目されており、今後さらに研究が進む分野と考えられます。

次に、アルコールと認知症についてです。脳神経内科医はアルコールと聞くと脳の萎縮をイメージします。そして、大量の飲酒は認知症リスク上昇と関連するといった報告があります。一方で比較的少量の飲酒は認知症リスクの低下と関連すると報告があります。防御効果については、その観察研究の結果は多様であり、根拠不十分と言えます。メディアからのワインのポリフェノールが体にいいという漠然としたイメージがあると思いますが、結局は大量に摂取はもちろんとし、認知機能に悪影響があると言えます。少量摂取についても認知機能にいいとは結論付けられておりません。

次に、運動は認知症予防になるのかという点についてです。観察研究では、運動量が多い人ほど認知症のリスクが低いという逆相関が繰り返し報告されています。一見すると、運動すれば認知症を防げると思われがちですが、注意が必要です。現時点では、運動そのものが認知機能を直接保護する効果ははっきりとは証明されて

いません。有酸素運動が大切だと言われることも多いのですが、無作為化試験やメタアナリシスでは、運動部では心肺機能は改善しても、認知機能のアウトカムに明確な改善は認められていません。では、もっと若い時期、つまり中年期以前から運動していればどうでしょうか。35歳から55歳までの健康な成人を約30年間在籍した研究でも、運動による明確な予防効果は確認されませんでした。一方で興味深いのは、認知症と診断された患者さんでは、診断のおよそ9年前から運動量が低下し始めているという過報告です。つまり、運動しないから認知症になるのではなく、認知症のごく初期変化によって運動量が減っている可能性、いわゆる逆の因果関係が先ほどの逆相関を部分的に説明していると考えられます。ただし、運動には心血管疾患の予防や身体機能の維持など、認知機能以外の明確なメリットがあります。そのため、認知症予防の決定打ではないものの続ける意義は十分にあると考えられています。日本のガイドラインではどのような意見でしょうか。定期的な身体的活動による認知症やアルツハイマー病の発症率低下の関連性を重視し、運動を積極的に取り入れることを推奨しています。運動による認知機能の保護効果は明らかではないにもかかわらず、認知機能以外の健康上の利点があること、デメリットが限られているため、多くの専門家がMCI患者に運動プログラムを推奨しています。

最後に、外来での実際の取り組みを一つご紹介します。こちらは、初診時や結果説明時の際にお渡ししているリーフレットです。口頭で説明するだけでは伝わりにくい内容も具体的に書いて渡すことで、患者さんやご家族が安心されることが多いと感じています。物忘れが出てきた時に、今何をすれば良いのかが目に見える形でわかることは大きな支えになります。日々外来をしていて実感するのは、臨床の現場では患者さんやご家族にごまかしは効かないということです。利用者側の一方的な誘導よりも現実に即した情報を丁寧に伝え、根気強く向き合うことが最終的には信頼関係につながると感じております。

【ディスカッション】

(永井委員)

認知症の施策につきましては、川崎市では介護保険計画、川崎いきいき長寿プランの中にまず位置づけがございます。その中でも、認知症施策の中で、認知症の予防というところの一つの項目として取り上げているところでございますが、まだ事業としては非常に単純と言いますが、MCIスクリーニングです。「アタマとカラダの健康チャレンジ」というMCIスクリーニング事業だけが認知症予防の施策として載っているような状況で、これだけで説明できるような単純なものではないなというところを私どもは非常に強く感じているところでございます。確かに令和2年からですがこの「アタマとカラダの健康チャレンジ」というMCIスクリーニング事業をやってきて、少しずつですが参加者も増えてはきておりますが、もともと枠が決まっている事業でもありますので、なかなか少しドラスティックに変えて、たくさんの方に受けていただくということが難しいというところでは、今度、令和9年第10期になるのですけれども、その次期の計画にあたっては、もう少しこの認知症予防という施策を総合的に捉える必要があるのでは、そこに向けた予防施策を少し検討するような場面を設けたいなというふうに思っているところです。こういった検査だけではなく、例えば普及啓発ということも、予防にはより大切な取り組みだと思っていますし、それ以外にも、社会参加とかそういった出口とございますか、そういったことも、学識の先生に入っていたり、また関係者の方にも入っていた

だきながら、まず場面を設けていこうというところが、令和8年度の取り組みにつながっているのかなというふうに思っております。ただ、このMCIスクリーニング事業も令和2年から実施してきておりますし、まだ、いろいろ工夫もしながら事業を作り変えていく余地はあるのかなというふうに思っておりますので、次年度もほぼ同じような形で実施はしていくのですが、少し企業さんの力や工夫なども入れながら、少し違う取り組みと言いますか、例えばですけど、何かアプリのようなものを使いながら、こういったタブレットの検査をもう少し身近でできるような、そういったものが取り入れられないか、そういったご相談をしながら、工夫していきたいなというふうに思っているというところが現状でございます。

(北菌室長)

川崎市から予防についての啓発とか、市民の皆さん周知していただけたりとか、何か具体的に活動、MCIスクリーニング以外何かというものを提言できれば心強いかと思います。本当によろしくお願いします。

(出口委員)

介護支援専門員連絡会の代表です。関連者の立場っていうところでは、ご家族様と話してる中で、この物忘れってということに対しての気づきが、年相応って思っていて、特にご家族ですが、重度化して生活に影響が出てきてから、ちょっと焦りだすってところがあるので、今いろんなシンポジウムがあると思うんですけど、市民への普及啓発っていうか、本当に最初の段階で、ちょっとあれっ？と思ったら、そういう治療であったりとか、医療に診てもらったりってするのが必要、という啓発はすごく必要だなと思ってます。あと、どちらかという役割が結構だんだん高齢になってくると、皆さん家族が補ってしまったりもあるとは思いますが、役割が不足してくると、活動量も少なくなって、どうしてもこっちの大事な状況の影響が下がってくるってこともあります。なので、こう介護サービスも利用しながらでもあるけれども、ちょっとした役割、本人が役割として捉えるものを持っていかないと、そういった活性化っていうところでは難しいのかなと思うと、ケアマネジャーとしても、待機サービスを整えるのではなく、もちろん生活、現場を見ているっていうところでは、生活の中にそういったこの役割であったりとか、サービスだけでないものを入れ込みながら、その人らしいプランニングをしていかなければならないなというのが常々感じているところでございます。あと、この役割の最初の段階のところ、通いの場っていうか、やっぱり社会資源のところ、介護保険に至らない方もまだいらっしゃると思うんです、いっぱい。その段階の中で、どの社会資源が介護介護してない、本当に通える何かだったりとか、またはIDだったりとか、今結構利用できる、携帯見れる高齢者の方も増えてきてはいるので、何かいろんな形で社会資源とかをもうちょっと充実していただいて選べるのであれば、もっと早期に対応できるかなと思っています。今、結構介護のケア利用者さんだけじゃなくて、一般的にいろいろ聞くカーブス、結構行かれてると思うんですけど、カーブス、もちろん運動っていうところもありますけれども、その段階から人が集まってお話しして、女子トークみたいになっている場面っていうのは、やっぱり人との会話を社会とつながる会話ができる。もちろん運動もプラスアルファというところでは、やっぱりそういったことの居場所づくりと言いますかね、そういうのも

重要なかなってというのはすごく思います。結構やっぱり高齢者の方が行かれてるってというのはすごく身近に感じられます。なので、そういったところで重度化防止ってこと大事だと思いますし、川崎市さんの方でも動いてらっしゃると思いますので、もちろん介護度を重くしないためにも、生活の中で利用者さんと家族さんが、これどうなのかな、年相応なのかなって話が出た際にも、やっぱり早い段階から医療とかにつなげられたりとか、必要な社会資源につなげて差し上げればいいのかないところ、最近より思うところです。

(北菌室長)

やっぱりいろいろなその事業の方々の方からの発信とか啓発とか、介護の方の立場からとか、訪問看護、それこそ訪問リハ、地域包括センターもそうだと思うんですけど、いろんなところから、普及啓発は必要だなと思いました。

(仁科委員)

地域包括支援センターの立場ですと、ケアマネージャーさんのところで生活ごとの心配のある方とお会いする機会とかはあるんですけども、やはり一人暮らしの高齢者の方が非常に増えている中で、そういう困りごとを発信できる人たちが非常に少なく、また見えないので、ご本人の生活ぶりが把握できない分、何か周りに迷惑をかけたりとか、周りが気づく段階というところ、かなり進んでいる段階で初めて発見をされるので、先ほどの認知症予防の二次予防というところの対応に至るのが、かなり遅い段階になってから発見をされて、相談が来て、介護保険の申請をするというパターンがあるので、なかなかこれからの時代、閉鎖的な生活をしている方たちの中で、早期の発見をしていくのは非常に難しいなということはいつも感じています。地域でいろんな活動もされてますけど、やはり行かれる方は課題意識もあり、人とのつながりを求めている、積極的に外に出て、いろんな運動をしたりとか、集まりに参加したりとかしてはいますが、顔ぶれがほとんど同じような中で、1週間カレンダーに予定が詰まっているのは、病院以外の予定が詰まっているような方は、本当にすごく熱心なことをされているけども、それ以外の人たちは、病院に行く以外に何の予定も書かれてないようなカレンダーが多い感じがするんですね。でもまあその一方では、先ほど北菌先生がおっしゃった川崎区の在宅療養推進会議で主催でやらせてもらった市民シンポジウムに150人定員でカルッツさんをお借りしてたんですけど、150人も集まらないじゃないって行政の方もおっしゃってたんですけど、実際は220人来られて。会場の席がないくらいで、お断りしたくらいの感じで、ここに来てた方たち、やはり高齢者の皆さんすごく多くて、自分ごととして認知症の勉強に来たっていう意識の方たちが多かった風に拝見していると、自分の親のことが心配でとか、家族の介護の立場で認知症の勉強に来る方が多かったんですけど、高齢者自身が自分の認知症になることを考えて、前もって勉強できたみたいな意識の方が増えてるのかなって感じがしています。川崎区では日本鋼管病院さんのご協力で、鋼管病院さんが公開講座をしてくださっていて、年に4回ほどうちなんかと連携とって認知症の集まりしてるんですけど、今度の土曜日もやりますが、こちらもう60人ぐらいの方が必ず鋼管病院に集まって、みんなでサロンやったりとかして認知症の勉強しながら交流を図っているんですけど、本当に同じ方たちが熱心に通ってくださっているんで、もう少しマメに小さい団体でもいいので、いろんな場で同じような話ができる場所を作って啓発を、出口さんがおっしゃったような啓発活動をしないと、いろんな人に届かない。医療的なその行政のこととかそういうの

はなかなか難しいですけど、ただ、日常の生活の中で皆さん意識できるような学びの場が必要かなというふうに思っています。その鋼管病院でやった時にタブレットでMCRのチェックのスクリーンを皆さんすごい楽しみに、列を作ってくれるんですね。前のこのお話の時もあったんですけど、やっぱり川崎市はその「アタマとカラダの健康チャレンジ」のところでしか経験ができないので、やっぱりなんか老人健診の中に組み込まれているとか、必ず皆さんが一度は体験するような感じであれば、もっとそれも意識が高まるのかなと思ってますし、免許の更新とかで引かかっている方たちが自動的にそういうところに流れるとか、そんな仕組みがないと、みんなそれぞれが何かしてるんだけど途切れちゃうんですね。それでまた家の中にこもってしまうので、せっかく把握できた人たちも、みんなそのまま遅れ遅れの治療になってしまうので、もったいないかなと思ってます。

(北菌室長)

貴重なご意見ありがとうございます。そうですね、あの会はすごかったです。確かに高齢者の方が多かったですよね。なので本当にその市民講座とかに来てくれる人はいいと思うんですけども、来てくれない人とかがちょっとやっぱり問題ですよ。男性の方が多いと思うんですけどね。そういう人をどうにかこの地域から拾い上げて何かして出ていく動機付けっていうのができるようなものをいろんなところでできればなと思いました。ありがとうございます。

(高畑認知症看護認定看護師)

行政の方に聞いてみたいなと思いました。今、本院でもレケンビとかケサンラとか、認知症の治療が始まって、早い段階の方たちに今、社会資源のことだったりとか、地域で暮らすためのケアのサポートの方法だったりとか、関わらせていただいていますけども、やはり北菌先生のお話にはあったように、1次予防、2次予防、3次予防ってあって、やはり認知症で突然になるものではなくて、現段階から生活に密着した形で年を重ねて、そこに認知症が重なっていくっていう。今、MCIスクリーニング支援をされたということですけども、やはり問題というか、課題はやはりスクリーニングして大丈夫だったから、じゃあいいよねっていうことで、今度来たときは施設長が何らかの問題が起きているということが、やはり1次、2次、3次に合わせた、やはりそういった事業展開っていうのが必要かなというふうに考えているんですが、総合的に令和9年度っていうことでしたけども、こういうところに、例えば川崎市で考えている計画の中で、医療の側から、企業の側から、センターやっける側から、参画して、みんなで考えて計画づくりをしてきたというのは、実際的にできるのかとか、あとそういったことを何カ年計画で作られるとは思いますが、そこに市民の当事者の方とか、認知症の当事者の言葉がきちんと見られるように、そういった方も参画をして、国民会議でしたっけなんかされていますけど、私はよく聞いててもなんか「ふんっ」て思うのがありますが、その要は今までやってきた形の計画の作り方から、もうちょっと地に足のついた、そういったものっていうのは可能かどうか、川崎市としてどうなのでしょう。

(永井委員)

次年度以降ですね、認知症施策推進計画というものを各自治体が策定を、努力義務ではございますが、策定をするということになっておりますので、それをちょっとどういう表現で、あの出すのとされる場所は、まだこれからの「いきいき長寿

プラン」との兼ね合いもありますので、まあ決めていくところにはなるのですが、実は今までとは一つ違う、少し先ほどおっしゃってくださったような、当事者参画の仕組みというのは、基本計画の中では求められていることで、それをちょっとどういう形でいいのか、委員として来てくださるのがいいかどうかというところをもう少し考えないといけないとは思っているんですが、ご本人様やご家族の思いや考えが反映できるような仕組みを取り入れていかねばというところは、私どももそのように認識をしているところでございます。その委員会、予防について協議していく場面については、これからまた委員構成なども固めていく段階ですので、今いただいたお話をさせていただいたら、検討させていただきたいと思っております。

(出口委員)

男性の方とか、一人暮らしとか、なかなかそういう場に出ていかない、漏れてしまっている方が多いところで、結構比較的通院というのは、もちろんされない方もいらっしゃるけど、される方がいるっていうところでは、町や地域のかかりつけ医の先生たちのご協力を得ながら、ちょっと怪しいなって、ちょっと会話して分かる部分ももちろんあるかと思えますし、そのかかっている方のところで、ちょっとあれかなという社会資源があったり、訪看につなげる、やってあげたりとか、そういったところの発信が先生のお力添えいただくことも一つかなと思うので、川崎市さんの方で医師会の先生方の今もやってくさっていると思うのですが、ご協力を仰ぐような形が目に見えて、おそらく一番わかりやすいお願いの仕方かなと思いますので、よろしくをお願いします。

(北菌室長)

今回の「認知症の予防」ということで、認知症の薬が今取り出されている現在ですけれども、やっぱり認知症の予防って、1次予防から3次予防まで、薬以外のことでもですね、医者、コメディカルの皆様、多職種連携によって認知症予防できる時代なのかなと思ってきてますので、BPSDも含めてこれからも皆様と協力しながら、それこそ1次予防とか2次予防ができればいいので、そういったものを皆様との事業の方で、それこそ行政の方ですね、拾い上げをしていただきながら、やっていただきたいと思えます。誠にありがとうございます。

来年度の地域連携合同会議は日本医大の武蔵小杉病院山崎先生の方で主幹をお願いしたいと思いますけれども山崎先生に一言お願いできればと思います。

(山崎部長)

本日は北菌先生をはじめ、皆様のいろいろな具体的なお話を聞いて大変参考になりました。高齢者の方もかなりそのアプリだったりとか、そのアップデートされてるんだなっていうお話もすごく参考になりましたし、行政の方でも今後社会参加を中心とした試みをされるっていうのを聞いて、普段診療しておりますと、どうしたら予防できるのかっていうことも初診もそうですし、結果説明時でもすごくよく質問されるので、デイサービスとかデイリハとかそういっただけでなく、行政の方でもそういった外に出ていくきっかけっていうのを一つ作ってくださると、大変地域の方も心強いかなと思いますので、今後ともどうぞよろしく願いいたします。

また来年度は主幹とさせていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

(6) その他
なし

(7) 閉会（北菌室長）
閉会挨拶