

日本の認知症医療と介護2015

森 啓

大阪市立大学 名誉教授 / 日本認知症学会 名誉理事（前理事長）
 大阪市立大学 大学院医学研究科 脳血管内治療・頭蓋底外科病態学寄附講座 特任教授
 医療法人崇徳会・田宮病院 顧問



今日、私に与えられたテーマは認知症医療の現状と介護ということで、up-to-dateな話をご紹介します。皆さまのご批判を頂ければと考えております。私は現在、米百俵の町、山本五十六の町である新潟県の長岡市の田宮病院という精神病院に勤めており、同時に大阪市立大学で国家プロジェクトの研究をしています。今日は大阪から参りました。よろしくお願いいたします。

■わが国における認知症患者数

今から30年ほど昔、1987年の段階では、アルツハイマー病はそれほど多くありませんでした。多くの認知症の症状を示す病気の集まりの中では、当時は脳血管性認知症がメジャーでした。脳卒中、脳梗塞を起こして、その中でも運動障害のあるタイプ、認知症を起こすタイプ、ミックスタイプがありますが、そういうものがメジャーであって、アルツハイマー病の患者さんは町にそれほどいなかったのです。しかし、30年の間に非常に大きく増えました（図1）。比較すると。脳血管認知症は少しだけ下がりましたが、アルツハイマー病が大きくなり、レビー小体病が新しく認知されるようになってきました。

なぜこれだけアルツハイマー病が増えてきたのか不思議なのですが、朝田先生の調査によれば、認知症、アルツハイマー病の患者さんは日本全体で462万人です（図2）。このような画期的な数字が出たことで、放っておけないということで国がやっと重い腰を上げました。それまでも認識はしていましたが、実際に462万人という具体的な数字を出すというのは非常に重厚な研究です。これで日本全体の枠組みが決まり、ここから全てが始まった、実際の施策が始まったと言っても過言ではありません。

また、朝田先生は同時に認知症の予備軍は400万人であると提示されました。さらに、若年性認知症がそ

の約100分の1とされています。若年性というのは、40～50歳代で発症するような認知症です。お母さんが発症すると家事育児ができなかったり、お父さんが発症すると会社勤めや商売ができなかったりして、家庭崩壊に至る非常に重篤なタイプの病気です。そして、その10倍、あるいはそれ以上に深刻な家族性認知症が、その10分の1ほどあることが分かってきました。要するに、認知症が遺伝するタイプです。親がアルツハイマー病だと、子どもも2分の1の確率で発症するということです。この重篤な認知症は長らく闇の中で、誰も手付かずでいましたが、ようやく厚生労働省は昨年度より、家族性認知症という最も苦しんでいる家族に対して手を差し伸べようという、素晴らしいご英断をされたわけです。

■なぜ認知症になるのか

どうして認知症になるの、大ざっぱな項目をご紹介します（図3）。まず、遺伝的な理由です。これは認知症全体の0.1%であり、1000人いて1人だけと数は非常に少ないのですが、確かに発症します。また、遺伝的な危険因子があります。アポリポプロテインE4があると、そのリスクが高まるとされています。それから、高齢になることによって、あるいは生活習慣病があることによって、例えばパワーが一番強いのが糖尿病ですが、認知症のリスクが高まることが知られています。さらに、不健康・怠惰な生活（運動をしない）によってもリスクが高まります。その他には外傷や教育歴などが挙げられます。外傷というのは、よく拳闘者脳といわれる例があります。例えばボクサーがパンチを浴びて頭の中で脳がぐらぐらするというのは、実は認知症にかかる率が非常に高まるのです。そういうことが分かってきました。これはスポーツ一般に言えることで、スポーツは過度にするとむしろ良くないというのが、現在のニューロロジーの大体のコンセンサ



図1

我が国における認知症患者数は、

認知症・・・462万人
 その予備軍MCI・・・400万人
 若年性認知症・・・4万人
 家族性認知症・・・0.4万人

調査推計値（認知症有病者数平成24年、家族性認知症患者数平成25年）

図2

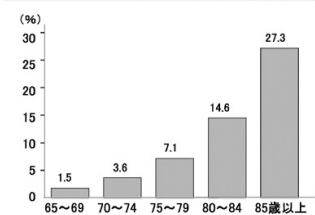
なぜ認知症になるのか？

1. 遺伝子変異(家族歴 / 遺伝歴)がある
2. 遺伝的危険因子(アポリポタンパク質E4、女性)がある
3. 高齢になる
4. 環境的危険因子(糖尿、高血圧の生活習慣病を含む)
5. 不健康・怠惰な生活(運動をしない)
6. そのほか(外傷、教育歴など)

図3

高齢者の年齢段階別認知症出現率

平均寿命 1960年 男性65歳、女性70歳
 2005年 男性79歳、女性86歳



「老人保健福祉計画策定に当たっての療養老人の把握方法等について」平成4年2月老計第29号、老健14号

図4

スです。また、教育歴というのは、非常に嫌な言葉なのですが、実際に日常以外で頭をどれだけ使っているかということだとご理解ください。ただ、普段の生活でどれだけ頭を使っているかというのは分かりにくいので、大学までの16年間勉強したのか、小学校だけの6年間勉強したのかといった年数指標で比較しています。従って、大学に行けばアルツハイマーにならない、高卒だったらなるということではないとご理解いただければと思います。

どうして認知症になるのかということは、逆に予防や進行を遅らせるにはどうすればいいか、原因をどのようにトリートメントするかということにつながります。遺伝というのは変えられません。顔を変えることはできませんし、女性が男性になることも、若返ることもできません。そのようなことは私たちがコントロールできないことですが、これ以外はコントロールできます。ただ、非常に残念なことに、コントロールできないファクターの方が発症に関連するパワーが強く、逆に私たちが節制していろいろコントロールできるファクターによって下げられる認知症リスクパワーは非常に小さいです。しかし、ゼロではないので、できる限りのことをした方がいいのではないかとということで、さまざまなキャンペーンを張っているのが現状

です。

それでは、どうして認知症がこれだけ増えたのか。厚生労働省の調査によると、年齢が高くなればなるほど、倍々ゲームで認知症出現率は高くなっていきます(図4)。リニアに比例していかないのです。平均寿命が5歳延びると、認知症出現率は倍になります。もう5歳延びると、今度は倍の倍の4倍になります。従って、今、どうして日本で認知症出現率がこれだけ伸びたかというのは、平均寿命が延びたからというのが答えです。だからといって、早く死ぬというのは良い回答ではないと考えています。

■認知症による国の経済負担

いずれにしても、寿命が延びている文明国においては、認知症に掛かるお金は非常に甚大です。日本全体は100兆円のお金で動いています。50兆円は国債を発行して、国債の償還に充てており、真水の税金が50兆円です。その中で、認知症に掛かっているお金があれやこれや合わせると15兆円です。一方、防衛省がミサイルを飛ばしたり、ロケットを撃ったり、大砲を撃ったり、ジェット機を買ったり、潜水艦を造ったりするのに掛かるお金は、全体でも10兆円に届きません。認知症がいかに国の財政を脅かしているかという

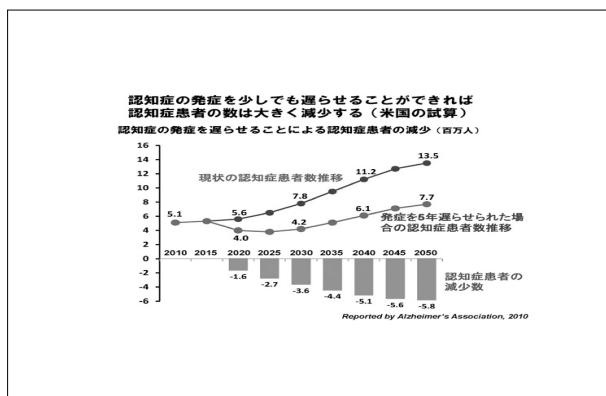


図5

ことがお分かりいただけると思います。これはざっくりした計算ですが、大体合っていると思います。

この中で、お父さん、お母さん、もしくは連れ合いが介護の施設でデイケアに行っておられる方、あるいは認知症の薬を飲んでいる方がいらっしゃると思います。ざっくり考えて、月に4万～5万円かかっているはずです。デイサービスを3回ぐらい受けると、それくらいになります。月に5万円とすると、年間で60万円です。老人負担は1割ですから、国がその9割を払っているのです。合計すると500万円です。しかも、掛ける462万人です。1人当たり500万円×462万人で、15兆という値が出てくるわけです。

こういう背景があって、イギリスでは日本よりも財政が悪いのが真剣さが違うのです。先進国ですが、日本より経済が弱いからです。そこで、国がつぶれてしまうということで大慌てして、認知症がサミットの議題に挙げられたわけです。サミットというと、アフガン問題、テロリズムの問題、地球温暖化など、大きくてグローバルな話題しかとり挙げられません。白血病や骨粗鬆症、皮膚がんの話はサミットでされたことがあります。認知症だけがサミットの議題になるのです。それぐらい大きな問題だということです。そのようにして、認知症問題が英国のキャメロン首相によって議論され、認知症は大変な病気であって普通の病気ではないことを文明国全体で取り上げようと議題にされたのがG8です。ここで共同声明が出されました。その後、昨年度に日本の東京でも第2回のサミットが開かれ、安倍内閣総理大臣がメッセージを出し、応援というか、認知症についてこれから日本も研究を進めると言うことを言ってくださいました。

もう一つ、重要な試算があります。今のままだと認知症の患者さんがどんどん増えることが予測されていますが、今は薬がありません。今ある薬は進行を少し遅らせるだけです。ただ、それだけでもありがたいの

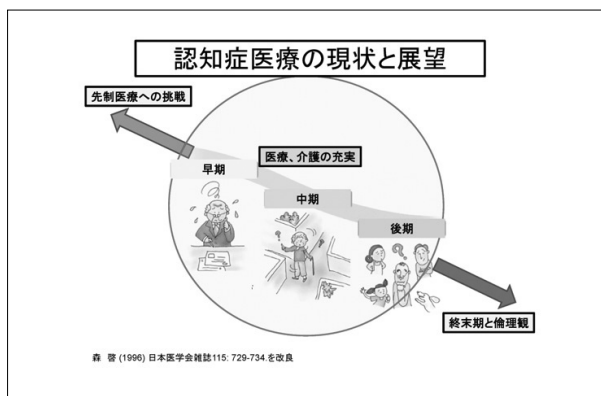


図6

です。ぼけてしまって家族が分からなくなるのではなく、半年間、もしくは1年間、進行を遅らせてくれるのが今の薬です。しかし、認知症を止めてくれる薬はありません。それでも、もし発症を5年間遅らせられたらどうなるかという試算が出ています（図5）。対策予算が半分になる、患者さんが半になると算定されています。ですから、治す薬ができなくても、5年間発症を遅らせるだけで、国の財政負担が半分にになります。今は15兆円ですから、約7兆円が余ります。ですから、きちんした研究を進めろということです。

■「進行抑制」から「発症抑制」の時代へ

これを受けて、米国の厚生労働省に相当するNIHという部署が、今までの薬は患者さんを対象としてやってきたのだけれども、早期から入って予防薬も含めたデザインに組み替えてはどうかと提案しました。米国の厚生労働省の提案ですから、製薬メーカーは一斉にそこへシフトして、現在は前倒しの薬を研究開発しようとしているところです。

アルツハイマー病のステージを早期、中期、後期に分けると（図6）、前倒しの薬というのは後期では効かないけれども早期では効くという治験結果があるので、それを根拠に考えています。さらに、挑戦中の先制医療研究ですが、早期で効いた薬は、薬の量を例えば2倍ほど増やしてやると、患者さんの進行を遅らせることは容易に想像できます。後期の認知症を止めるには、やはりたくさんの薬が要ります。そういうことを見るためにも、先制医療の研究が非常に重要になってきました。

早期よりさらに前のところを見ると、正常な状態から認知症になるまでの間には、病院での精密検査で分かる段階のMCIと、さらに前段階である無症状ステージであるプレクリニカル、の二つがあります（図7）。MCIは、特別な検査でしか分からないようなステージ

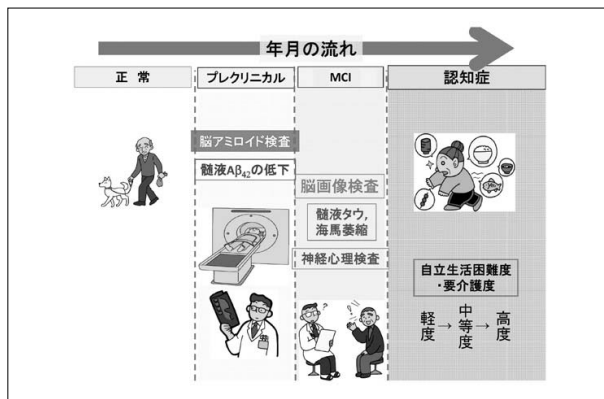


図7

で、それよりもさらに早期の段階であるプレクリニカルというのは、特殊な研究施設を持った大病院で脳アミロイドPET検査をしてやっと初めて検出できるというステージです。一般の大学附属病院や基幹病院においては、このレベルからやっと検出できるとお考えください。

MCIという早期発見のところで薬を投与して、もし有効性が認められたら、通常だったらどんどん悪化していくのが、少し先延ばしできるのではないかと。これが5年の先延ばしの期待です。そういうことで、現在、先制医療ではMCI、もしくはもう少し前の早期MCI期（プロドローマル）から、プレクリニカルな段階をターゲットに、薬開発が進んでいるところです。

■新薬は、こうして生まれる

少し話を変えて、新薬はどのようにして生まれるのかをご紹介します。もちろん厚生労働省が承認する薬というのは、新薬候補を試さなければなりません。効く薬、効かない薬はたくさんあります。効く薬がどれかを選別する必要があります。それを正確な効能評価法で見なければなりません。これがいい加減だと、口八丁の嘘の世界が横行することになります。しっかりしたお医者さんの診断、評価が一番大切なメソッドになります。

薬やお医者さん以外にもう一つ大事なものは、皆さんです。新しい治験に協力するボランティア、「ちょっと気になるから、一度試してくれ」という治験協力者の集団が非常に大切です。いくらマウスやサルで試しても分かりません。アルツハイマー病はやはりヒトの病気なのです。ですから、協力してくださる方の非常に尊いボランティア精神が非常に大きなファクターです。

これはアミロイド抗体のリストです。新薬候補としては、現在、これだけのリストがあります。まだ現在

も増えつつあり、また、アミロイド抗体以外のβおよびγの酵素といわれるものの阻害剤も続々と開発中です。その他、酵素の薬剤も開発中です。現在、製薬メーカー、大学、研究所などあらゆるところで作られています。新薬というのは実はこの薬の候補だけでは生まれません。非常に大きなファクターとして、被験者の協力と高度に洗練された医師による正確な診断法が重要になります。

発症の初期ほど、診断は難しいです。いったん進行すると、誰が見ても分かります。そのような状態では、薬の評価はできません。非常に初期の難しい段階での正確な効能評価。それから被験者の協力の二つが、一番大きな課題となります。しかも、この二つの貢献はすごくお金が掛かります。つい最近、ファイザーがバピズマブという薬の治験をして、失敗しました。これには400億円ぐらい使われています。普通の製薬会社だったら、つぶれてしまいます。日本での大きい製薬会社にT薬品というところがありますが。このような世界的な会社ですら新薬治験は怖くて軽々には取り組みません。会社をつぶす覚悟でやるかということ、やりません。ですから、新薬の開発を早くしてほしいという皆さんのお気持ちはよく分かるのですが、製薬メーカーはもうける気はあっても、会社をつぶす気はありません。そこがポイントなのです。ただ、新薬を試してくれというのは皆さんのお声なので、それをどのように進めていくかということが、今の一番大きな問題なのです。

また、ここでボランティアの皆さんをどのようにしていくかという仕組みが昨年度より大きく展開してきました。各施設の選定がようやく分かってきたわけです。要するに、たくさんのクリニック、病院、大学、附属病院、大きな病院がある中で、「この病院は認知症をよく診てくれる」「この病院はあまり診てくれない」「この先生は経験がない」といった情報がある



図8

のです。それを踏まえて、治験協力者の方々その病院に行かなければ、このような治験はできません。この仕組みをどのように作っていくのかということです。

その一つがGAPといわれるものです。例えばインターネットで協力してもいいという登録をするとか、病院へ行って「ちょっと気になったから、もし新しい薬があったら試してください」と申し出るということです。もちろんヒトに投与する薬は、安全性が100%担保されないと、厚生労働省が許可しません。効かないかもしれませんが、効いたらずっとそのまま進行しないことになります。そういう登録制度（registration）の新しい仕組みが、昨年度より欧米を中心にいきなり大きく爆発しました。製薬会社にとっても、そのような患者さんの登録制度があれば、いつでもスタートできます。これはまだ新しい動きなので、いろいろな意味で不明な点がないとは言えませんが、これは新薬を開発する上で非常に大きなドライビングフォースになると期待されています。

最後の正確な効能評価はどうするのかというと、これはお医者さんの仕事です。製薬会社の仕事ではありません。本当に効くかどうかというのは、お医者さんが患者さんを診て評価します。

■DIAN研究

DIAN（ダイアン）研究というものが、私どもが進めている研究の一つです。（図8）。多くの立派な効能評価法がありますが、これがその代表的な一つです。もともと始めたのが米国のワシントン大学のモリス教授で、一番元となるアイデアを出したのがベイトマン教授です。ほぼ天才と思っています。彼は2010年にここ10年で最も素晴らしい論文を発表しました。本当に頭が下がりました。山中先生のiPS細胞は群を抜いてとびきりスーパーな存在ですから、そこまではい

かないかもしれませんが、それに匹敵する研究を開発して、彼が全責任を持ってそれを推し進めました。それを日本でも導入しようと、私たちが進めているところ です。

DIAN研究は、家族性アルツハイマー病の臨床研究です。優先遺伝性のアルツハイマー病の疑いのある家系での未発症の子どもの発症を阻止、予防する研究です。親の発症年齢から子どもの年齢を引いた差を予備年数として、医療者と家族が手を取って共闘する取り組みです。

例えばおじいちゃんがもう発症しています。彼は奥さんとの間に2人の男兄弟のお子さんを授かりました。長男には奥さんとの間に3人のお子さんが生まれました。次男は奥さんとの間に4人のお子さんをもうけました。おじいちゃんの遺伝子のどこかに変異があるということが分かっています。実はおじいちゃんの妹弟もお父さんも発症していて、ひょっとしたら遺伝かもしれないということで、この家族はDIAN研究に入りました。ただし、DIAN研究に入っても、未発症の兄弟本人および家族全員に「あなたは遺伝的に変異がある」とは教えません。もちろん主治医も知らないのです。採血をして、それをセンターに送ります。センターがコンピューターで匿名化して、コントロール群と遺伝変異のある人を適当にランダム化して、「あなたはDIAN研究に入ってください」ということになるわけです。実際には長男、次男が研究に入ったのですが、長男、次男は将来発症するかもしれないということで、やはり怖いのです。アルツハイマー病の遺伝変異があった場合、100%の浸透率で発症します。アンジェリーナ・ジョリーは、遺伝子に変異があったことから乳がんのリスクを考えて乳房を摘出してしまいましたが、変異があったとしても、乳がんになるのは30%ぐらいの浸透率で、70%は一生発病しません。それに対して、アルツハイマー病の場合は変異がある

と100%発症します。全く違うのです。アンジェリーナ・ジョリーが乳房を取った以上に、アルツハイマー病というのは怖い遺伝性なのです。ですから、何とか助けてくれということで、彼らはこの研究に入りました。

しかし、主治医も家族も知らないので、血液検査の結果、遺伝子に変異があるのか正常なのかは誰も一切知りません。コントロールとして入っているかも知れません。そういうことを言っても、プラスの面は何もありません。とにかく一緒になって協力していこうというのが、この研究の一番のポイントで、大事なところなんです。一緒になって手を合わせようということです。ですから、DIAN研究は「入ってください」とお願いするような研究ではなく、「一緒になって戦おう」という研究です。普通の研究なら、「お願いですから治験に協力してください」「参加してもらえませんか」という言い方をしますが、DIAN研究は「一緒になって戦いませんか」というスタンスなのです。

この研究では、アミロイドPETという方法で脳の中を調べています。お父さんが50歳で発症するとしたら、20歳の子どもは発症まで30年の余裕があります。お父さんと子どもは遺伝的に半分が全く同じです。しかも、ライフスタイルが一緒です。同じものを食べています。ですから、ものすごくよく似た発症年数で、お父さんが50歳で発症するとしたら、20歳の子どもは30年後には発症する可能性があります。

アミロイドPET検査で頭の中を見ると、発症まで25年、20年、10年となるにつれ、だんだん黄色の部分が出てきます。このように頭の中でどんどん進行するのです。さらに発症ゼロポイント、発症後3年、発症後5年と見ていくと、黄色から赤色になります。このように頭の中がずっと連続的に変化進行していくということがお分かりいただけたかと思います。

遺伝変異のある方を見ると、発症より実は20年も

前から、既に変化が始まっているのです。この間は全く正常です。ひょっとしたら東京大学の医学部の先生かも知れません。実際に私の友達がそうでした。これは年齢や職業、IQとは関係ないのです。遺伝変異ということだけです。発症の20年前からこういう変化が始まっています。もし遺伝的変異がなければ、発症20年前もずっと正常です。こういうことが分かってきました。

DIAN研究の素晴らしいところは、まだ発症していない人に、2年間ずっと薬を提供します。そして、MRIや血液検査、髄液検査、PET検査などで効能評価をします。全く変化がないと、そのまま継続してずっと同じ薬を渡します。一方で、100%発症するのは分かっていますから、進行することがはっきり分かっている人では、変化がある、つまり病態が進行したということで、薬が有効ではなかったことになります。その結果は、本人も主治医も知りません。分かっているのはコンピューターセンターだけです。ある薬を投与しても進行したら、この薬は駄目だということで投与はストップされ、1年間ウォッシュアウトの後、次の新薬を提供するということになります。

普通の企業の薬の治験では、患者さんに薬を渡します。一定期間後に、効いたか、効かないかを評価します。そして、効けば有効性があったということで厚生労働省に報告します。効かなかったら、それでおしまいです。DIAN研究はそれとは違って、薬が効くことが確認されるまで、ずっと患者さんをサポートし続けます。製薬会社のためにやっているのではなく、家族を守るためにやっているのです。これがDIAN研究の一番大事なところなんです。

■介護の社会課題

これまで、この認知症の医療の現状と展望と題して、患者さんの医療と介護についてお話ししてきました。



図9

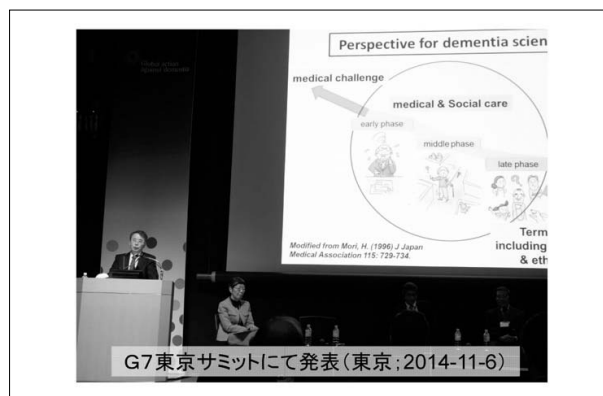


図10

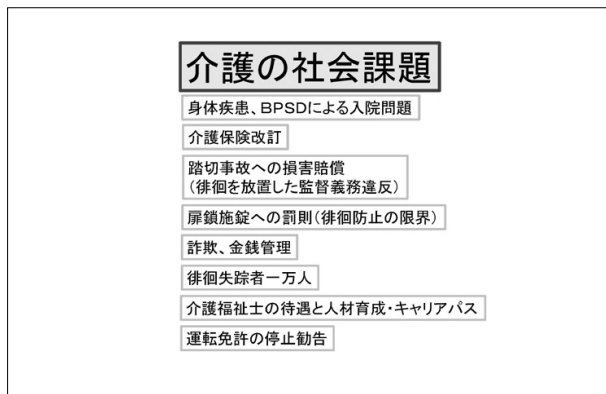


図11

介護の比率というのは、後期になればなるほど高まってきます。その前の先制医療の一つの例として、DIAN研究をご紹介しました。評価法をこのようにしてやればという一番典型的な例をお話ししました。

もう一つ残るのは、後期の介護の話です。そちらに移っていきたいと思います。図9は昨年11月のG7東京サミットと、2013年のG8ロンドンサミットの写真です。G8からG7に減っているのは、ロシアが外れたからです。このG7東京サミット2014のときに、私が発表させてもらいました(図10)。認知症というのは、医療や薬だけの問題ではありません。半分は介護、倫理観、社会がどう考えるかという問題です。それをあまり誰も議論したことがないので、サミットでは、大臣や局長などの偉い人がたくさん来られていたので、このチャンスに今までに一番議論のなかった介護の話をした次第です。

介護の社会的課題には、まずは身体的疾患があります(図11)。救急車を呼んだときに、認知症の薬を飲んでいると言うと、引き受ける病院を探すのが大変です。恥ずかしながら大阪市では、1時間以内に救急車が受け入れ病院を探せたら大したものです。救急車が必死になって、ずっとあちこちに電話するのです。私がいる新潟の長岡では、1コールで95%の確率で病院

を探せます。2コールでは99%だそうです。医療界や行政も含めて、社会がどれだけ認知症に対して理解があるかによってこれだけ変わるのです。

また、BPSDによる入院問題もあります。介護抵抗があったり、大きく叫んだりするようになると、周りの人に迷惑を掛け、介護者に負担がかかります。介護施設には、症状によっては受け入れてくれないところもあります。この頃はだいぶ啓発活動が進んで、対応テクニックも向上してきたので、そういうことはだんだん少なくなってきましたが、まだまだこのような社会問題が残されています。

それから、介護保険改定も問題です。昨年の2月に介護保険が厳しくなり、介護制度の利用に高いハードルがかかりました。また、踏切事故への損害賠償を請求された例もあります。名古屋で患者さんが電車に飛び込んだのですが、それは家族が見ていなかったから悪いのだということで、お父さんに400万円、奥さんに400万円、合計約800万の請求がありました。高裁で額が少し減りましたが、家族に監督義務違反があったという係争点はひっくり返らなかったのです。家族には365日24時間見る必要があるのか。そのようなおかしい裁判結果が出たのです。裁判の上では、それはそれなりに理由があるということになっています。

独居老人に対して、外へ行ってひかれたら駄目だと思った介護施設の人が家を施錠したら、監禁したとして2週間の営業停止を受けたという例もあります。それではどうすればいいのか。死ぬのを放っておくのか。難しい問題がたくさんあります。

詐欺も問題です。詐欺に引っ掛けてしまいます。「あそこはだませるから大丈夫だ」というリストが、業者内で回っていくのです。布団を買わせたり、床の改装をさせたり、雨漏りすると言って天井の改装をさせたり、むちゃくちゃなことでたかり集団の餌食になっています。同じく金銭関係、だましの問題もあります。この頃は成年後見制度が十分発達してきましたが、後見人自身がだましていたケースも新聞に出ていました。それから、徘徊失踪者は現在1万人といわれていますが、きちんと調べればもっと増えてくると思います。

そして、なにより一番大きな問題は介護福祉士の待遇条件です。事実だけを申し上げますと、月額18万円です。介護士同士が結婚したら、月36万円です。これなら結構いける額だと思います。しかし、お子さんを授かったとして、一時的に休職、退職すると、もう生活できません。そういう制度なのです。オレンジプラン施策には、介護福祉士の人材育成とあります。全く理解できません。人材はすでに十分数育成され充足しています。離職率が圧倒的に高い事実から目をそむけているのです。ヘルパー、介護福祉士、保育士は本当に大変な仕事をされています。では、給料を上げたらいいではないかと簡単に考えるかもしれませんが、その給料はどこから来るのでしょうか。皆さんが補てんする覚悟がありますか。そういうことです。

運転免許の停止も問題になります。てんかんの人が歩行者をはねてしまった事故がありましたが、それが派生して認知症の患者さんにおいても一律に運転中止措置で問題解決と映っているようです。東京の皆さん

には理解できないかも知れませんが、田舎では運転ができないと生活できません。米が買えない、水が買えない、牛乳が買えない、卵が買えない、肉が買えない、野菜が買えない、自分の田んぼへ行けない、野良仕事や生活ができない。認知症でも軽度、初期の人は十分に運転できます。高速道路など乗りませんから、自分の畑へ行くだけでも許してあげたらどうかと思うのですが、警察庁は日本全体を見るあまり、個別の事情を寸借するのは、なかなか難しいようです。まだ決着がついていませんが、これは交通の便が発達している都会では分からない大きな問題です。

■タクティールケアとユマニチュード

タクティールケアといって、患者さんの手を握ったり、背中をさすったり、いろいろなことで皮膚に触れるというケアがあります。例えば私はもう65歳ですが、この間、とんかつ定食を食べたときに、おつりを20円もらいました。店員さんが若い女性だったせいでしょうか、お釣りを渡されたときに手が触れました。一瞬ドキッとしました。実は皮膚には8種類のニューロン、レセプターがあります。暑い、冷たい、痛いとか、圧迫感など、いろいろな神経が8種類もあるのです。皮膚科の先生ならすぐ分かります。神経内科の先生はもっと詳しく分かるかもしれませんが、すごいでしょ。皮膚の感覚というのは結構後期まで残っているのです。ですから、初期のころだったら、さすってあげると、すぐくメンタルが落ち着きます。これが全てのプラス効果を及ぼしていきます。背中をなでたり、腕をなでたり、手を触ったりといったことです。「そんなばかな」と思うかもしれませんが、実際にそうなのです。

これはNHKでも紹介されましたが、ユマニチュードというケアの方法があります。フランス人のジネストさんによれば、患者さんを見て、遠くの方からずっ

と目を見て、優しく語り掛けていき、最後に患者さんの手を取って「大丈夫だよ」と言うと、患者さんが穏やかになって、今まで動かなかった人が動くようになるようです。介護福祉士がみんな驚くような効果があります。これはユマニチュードといって、ヒューマンから来ている言葉なのですが、そのようなケア方法があります。

話を聞くということも大事です。はっきり言って、聞いたふりでもいいのです。目を見て「ああ、そう」と言って、頭の中では「今日の晩御飯は何にしようかな」と思っただけでもいいのです。患者さんにとっては、それが大事なのです。少しでもいろいろ五感を働かせて、それを患者さんにインプットしていく。私たち介護している者にその知恵がなくてどうするのかということです。初めは表面上の演技でも技術が進むと、本当に心から発する言葉となりますので、そうすると、より深く患者さんがプラスに反応して下さいます。それがプロということかもしれません。

今日は駆け足になりましたが、認知症、アルツハイマー病について概観させていただき、認知症医療の臨床最先端の研究をご紹介します。介護の重要性についてご説明しました。ご清聴どうもありがとうございました。