

特別寄稿

「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」から共生と予防を中心とした「認知症施策推進大綱」へ

大田 秀隆*

1. 緒言

最近、総務省が出した我が国の総人口推計（2019年9月15日現在）によると、前年に比べ総人口が26万人減少している一方、65歳以上の高齢者人口は、3588万人と、前年（3556万人）に比べ32万人も増加し、総人口に占める割合は28.4%と、前年（28.1%）に比べ0.3ポイント上昇し、過去最高となっている¹⁾。高齢者人口の割合は今後もさらに上昇を続け、2025年には30.0%となり、第2次ベビーブーム期（1971年～1974年）に生まれた世代が65歳以上となる2040年には、35.3%になると予想されている。このような超高齢化社会を向かえている我が国であるが、一億総活躍社会の実現のため「人生100年時代構想」ともいわれる中で、高齢者における「認知症」は最重要課題の一つとしてその対応が求められている。しかしながら、現在の先端医療技術をもってしても、認知症を完全に治癒させることができず、現在進行中である多数の臨床研究や治験の結果もある程度の効果は認められているものの、根本的な治療には程遠い現状が続いている。この高齢化により、今や認知症は誰もが関わる可能性のある身近な病気となって

おり、社会の様々な場面で注目されることが多くなっている。我が国では、平成27年より認知症施策推進総合戦略、いわゆる「新オレンジプラン」を基盤としながら様々な認知症についての対応を行ってきた。新オレンジプランでは、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、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してきた。この間、医療・介護資源の充実に伴い、認知症に対する対応は全体的に改善してきたといえるが、認知症を取り巻く課題は山積している。例えば、高齢者運転事故の増加により、平成29年3月に施行された道交法の改正では75歳以上の認知機能検査の結果により認知症の検査・診断が義務化された。また、平成30年度の医療介護同時報酬改定の審議においても認知症は重要な論点であった。令和になってからも各政党が「認知症基本法案」の可決に向けて大きく動き出している。さらに、令和元年6月18日には新オレンジプランをさらに発展させた「認知症施策推進大綱」がまとめられた。この大綱が示すように、今後我が国では認知症の「共生」と「予防」という方向に国全体の対応が変化してきている。今回は、最近の認知症の疫学的な知見から行政的な動きまでを述べてみたい。

* 秋田大学高齢者医療先端研究センター センター長・教授

2. 認知症の疫学と社会費用負担

認知症の危険因子として、運動不足、食事、喫煙、糖尿病、高血圧などが知られているが、その中でも最大の危険因子は「加齢」と考えられている。そのため、社会の高齢化にともない認知症の有病率は自然に増加していく可能性は高いと思われる。世界の認知症の人の数は、世界アルツハイマー協会（ADI）が出した報告書「World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends」²⁾の中では、世界中に2015年時点で既に4680万人の認知症の人がいて、約3秒に1人ずつ新たに発症し、その数が20年毎に倍増し、2030年には計7470万人にもなることを推測している。一方、我が国の認知症有病率に関する報告では、2012年時点で約462万人（65歳以上高齢者の約15%）、また軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）については、400万人（同約13%）と推計されている³⁾⁴⁾。さらに、福岡県久山町の経時的なコホート調査の成果をもとに、年齢分布や危険因子の頻度の推移を考慮に入れた将来推計を行うと、2025年の65歳以上高齢者について、認知症の人の数は約700万人にもものぼると推計されている。つまり、認知症の人の割合は、2012年高齢人口の7人に1人から、2025年には5人に1人へ上昇するというを示している。この我が国の報告では、認知症の有病率と年齢、性別、そして糖尿病の頻度に関連が認められ、この700万人という数字が認知症の危険因子、例えば、将来の糖尿病の有病率などによって変化しうることが示されている⁵⁾。調査方法の違いもあり世界の報告と単純な比較はできないが、これらの結果は、認知症の危険因子への様々な予防活動や

アプローチにより、将来の認知症の有病率を減少しうる可能性をも示すものとも考えられる。これまでの予防活動が奏功しているのか、認知症の有病率が減少したとの報告も近年相次いでいる。英国のCFASI & CFASII研究では⁶⁾、1984年～1994年の調査から推計される2011年の認知症有病率8.3%であったが、2008年～2011年の実測調査での推測有病率は6.5%と有意に低下（odds比0.7；95%CI：0.6-0.9, p=0.003）していることが示された。また米国のFramingham Heart Studyにおいても⁷⁾、1977年～2008年の30年間で認知症の有病率が10年あたり約20%低下していることが示された。またアメリカのHealth and Retirement Studyにおいても⁸⁾、2000年（10546例）と2012年（10511例）の認知症有病率を比較し、2000年の有病率が11.6%から、2012年の有病率は8.8%へ減少していることが示されている。これらの一連の報告における認知症有病率の低下の主要因は、社会衛生環境の改善や生活習慣病の予防なども関連しているが、特に「教育歴」、つまり高卒以上の学歴をもつ者が増えたことが大きいと予測されている。しかしながら一方、その他のヨーロッパ各国の報告では有病率は変わらないか増加しているという報告も多数あり、さらに世界195の国・地域に関するシステムチックレビューによるメタアナリシスの結果では、世界の認知症患者は、1990年に約2020万人であったが、2016年には約4380万人と26年間で倍増したとの報告もある⁹⁾。

以上これらの傾向を見ていくと、一部の先進諸国では認知症有病率の減少は報告されているものの世界全体で見れば増加してきており、高齢化とともに認知症に関係する社会的なコスト（フォーマルとインフォーマルなケアを含め）の増大は当然と思われる。

全世界における認知症による社会的なコストは、上述の2015年の4680万人に対して8180億ドルかかっていると推測されている¹⁰⁾。また、上述の英国のCFASII研究では、英国の認知症のケアを受けている人数は、2015年に約53万人が2040年には約118万人に増加するとともに、英国での認知症のケアに要する費用は、2015年の230億ポンドから2040年には801億ポンドに増加すると予想されている¹¹⁾。これらのコストの大きな特徴としては、認知症の人の数が多いとされている低所得国よりも、高所得国でより費用が掛かっているということである。では、我が国での推計はどうであろうか？平成26年度、佐渡らが行った厚生労働科学研究での報告がある¹²⁾。この報告では、医療費、介護費、インフォーマルケアコストの3つを認知症の社会コストとして推計をしている（インフォーマルケアとは、家族等が無償で実施するケアのことを指す）。2014年の日本における認知症の社会的コストは14.5兆円で、その内訳は、医療費が1.9兆円、介護保険費が6.4兆円、家族等によるインフォーマルケアコストが6.2兆円となっている。この内訳から、日本では認知症の医療よりも介護にかかる比重が非常に重いこと、そしてインフォーマルケアコストの占める割合も介護保険に匹敵していることが分かる。インフォーマルケアコストは、全国に調査票を配布し要介護者のインフォーマルケア時間を調査、要介護度ごとの時間を推計し、これに介護単価を掛け合わせて推計したものである。これらの要介護者1人あたりのケア時間は、24.97時間／週、ケアコストは、382万円／年となっている。将来、これらの社会的コストの総額は、2025年には約19.4兆円、2060年には約24.3兆円に増大していくと推計されている

3. 国として認知症に対応していくために

国としても認知症について、これまでも幾つかの重要な報告や提言がなされ、認知症に対する医療体制やケアについて様々な課題が挙げられ、検討されてきた。平成24年には、「今後の認知症施策の方向性について」が取りまとめられ、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指すとし¹³⁾、この考えに沿った「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」による施策が推進されてきた。

世界的には、2013年12月、英国で「G8認知症サミット」が開催され、認知症問題に共に取り組むための努力事項を定めた「宣言（Declaration）」及び今後の対応に関して詳しい情報を盛り込んだ「共同声明（Communique）」が、G8各国代表者によって合意された。この共同声明の中で、研究及びイノベーションの対象として、「タイムリーな診断と早期介入を実行可能にし、手頃な価格で利用できるようにし、費用対効果を向上させること」を優先すべきとしている¹⁴⁾。

その後、G8各国は、それぞれのテーマで認知症サミット後継イベントを開催し、一連の動きは、2015年3月にスイス・ジュネーブで開催された、「認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合」に結実し、参加者の合意により、「アクションの呼びかけ（Call for Action）」が発表され、認知症対策について、今後G7を超えた展開に向け協働することが確認された。我が国はこのような一連の流れの中で、平成26年11月に、「認知症サミット日本後継イベント」を東京六本木において開催し、認知症のケアや予防に関わる政府関係者や専門家、認知症

の人ご本人やその家族も参加し、「新しいケアと予防のモデル」というテーマで活発な議論がなされた。このイベントで、安倍総理より認知症施策を加速させるための新たな戦略の策定が指示され、その基本的理念が、①早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること、②認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること、③認知症の方ご本人やその家族の視点に立った施策を推進すること、と示された。これを受け、平成27年1月27日に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)が策定された⁸⁾。

4. 認知症施策推進総合戦略の目標

新オレンジプランは、厚生労働省と関係する11の府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)が共同し、認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取して策定された。先の3つの基本理念に則りながら、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、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、の7つの柱がかかげられている。7つめの柱の「認知症の人や家族の視点の重視」を最も重要な柱として位置づけているのが大きな特徴である。これまで、認知症の人を

支える側の視点に偏りがちだったとの観点から、プラン全体を貫く理念として位置づけられている。平成29年5月の介護保険法の改正に伴い、新オレンジプランの基本的な考え方が法律上位置づけられたことは大きな変化である。この際の介護保険法改正において、①知識の普及や啓発、②介護者への支援の推進、③認知症の人とその家族の意向の尊重に対する配慮、について国及び地方公共団体の努力義務を規定された。さらにこの新オレンジプランは対象期間を2025年としているが、多くの施策項目は医療・介護分野に関連するものであり、自治体の介護保険運営のための計画期間に合わせ当面の数値目標は、平成29年度末を目標に設定していた。自治体が策定している第6期介護保険事業計画は、平成27年度から29年度末までとなっており、自治体では、平成30年度から令和2年度末までを計画期間とする次期計画の策定が行われることから、このため新オレンジプラン全体の見直しを行うと共に、令和2年度末までの新たな目標値の設定を行った(平成29年7月5日第6回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議にて)。数値目標は当初、全部で11項目設定しており、平成28年末時点にはすでに前倒しで達成されているものが5項目、9割程度達成している項目が3項目あり、ほぼ順調に進捗している状況であった。そのため令和2年度末を目指して、すでに達成済みの認知症サポーター養成や認知症サポート医養成研修等をはじめとした5項目、そして概ね達成済みの項目である、かかりつけ医対応力向上研修、介護実践リーダー等3項目については、さらに引き続き伸ばす方向で目標設定を行った。また全市町村に設置する、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員、そして全都道府県に設置する若年性認知症コーディネーターについては、自治体において新たに事業を始めた地域

も多く、まずは設置に向けて取り組みながら、さらに地域で有機的に活用されるべく質の向上に向けてしっかり取り組んでいくこととした。歯科医師、薬剤師、看護職員に対する3研修は、これまで研修を開始することを目標として取り組んできたが、新たに各数値を設定した。また、認知症カフェについても全市町村設置で設定し、さらなる活動の場を広げるべく努力していくことを取り決めた。

5. 新オレンジプランから認知症の「共生」と「予防」を目指す「認知症施策推進大綱」へ

新オレンジプランに基づき、各省一丸となって認知症対策を進めてきたが、認知症という多方面の課題を解決するための具体的な成果という観点からは、まだ不十分であった。そのため、認知症に係る諸課題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的な対策を推進するため、内閣官房長官を議長とする認知症施策推進関係閣僚会議が開催された（平成30年12月25日）。その中の議論において、今後、更に踏み込んだ対策を検討し、速やかに実行していくために、認知症の「予防」に関する研究とその成果を実用化するための取組、認知症を発症しても、住み慣れた地域で安心して暮らすための、認知症バリアフリーの取組などを迅速に進めるとともに、こうした取組を通じて得られた知見を、アジアなどの国々と積極的に共有していくことで、介護産業の発展や世界全体の健康増進に貢献していくことの重要性が確認された。つまり、認知症の医療的な根本治療ができないので、「共生」や「予防」といった方向に我が国は舵を切ったといってもよいであろう。第3回認知症施策推進関係閣僚会議において、今後の認知症に関する政府の取り組み

としてその案が提示され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」がとりまとめられた¹⁶⁾。この認知症施策推進大綱は、新オレンジプランを基盤としながら、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら『共生』と『予防』を車の両輪として施策を推進」することとしている。『共生』とは、認知症の人が、尊厳と希望をもって認知症と共に生きる、また、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あり、『予防』とは、認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で使われている。この基本的な考え方を中心に、具体的な施策の5つの柱がたてられた。①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者の支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、となっている。

6. 5つの柱に沿って

「①普及啓発・本人発信支援」について大きな役割を果たしているのは、「認知症サポーター」の取組である。「認知症サポーター」とは、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人のことである。認知症サポーターの取り組みは日本発祥であり、そういった取り組みが英国やカナダでの「Dementia Friends」として広まり、さらに台湾、インドネシア、韓国、中国等でもそういった取り組みがはじまっているところである。日本全国に約1264万人（令和2年3月末現在）の認知症サポーターが誕生しており、地域での様々な活動を通して、地域における相互

扶助・協力・連携、ネットワークをつくる等の活躍が期待されている。今後、この認知症サポーターを組織化する活動である「チーム・オレンジ」や企業・職域型の認知症サポーターの養成がなされているところである。さらに一つの課題として、認知症と診断された直後に、多くの人が今後の生活の見通しなどに大きな不安を抱えることが多いことが挙げられる。そのため、一足先に認知症となったご本人が自身の体験を踏まえた相談支援や当事者同士の交流等を行う仕組みづくりとして「ピアサポート活動支援事業」(実施主体：都道府県・指定都市)が開始となっている。また、認知症の人のニーズ把握や生きがい支援のため、認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う「本人ミーティング」の取り組みを進めている。本人だからこそその気づきや意見を本人同士で語り合い、それらを本人同士、そして地域に伝えていくための集まりであり、認知症の人やその家族の視点を重視した支援体制の構築のため、全国的に広めることになっている。

本人の声を起点とした普及啓発については、日本認知症本人ワーキンググループが作成した「認知症と共に生きる希望宣言～一足先に認知症になった私たちからすべての人へ～」(平成30年11月1日)が表明され、5つの提言がなされている。また令和2年1月20日には全国から5名の認知症本人大使「希望大使」の任命式が行われ、認知症の方ご本人の声を積極的に発信していくことになっている。

「②予防」については世界中でも注目が集まっている。2019年5月にはWHOから認知症予防ガイドラインが出された¹⁶⁾。このガイドラインは、ランセットレポートと米国科学工学医学アカ

デミー認知症予防レポートを下敷きとして課題を設定し、系統的文献レビューをおこなったものである。各介入方法に対してGRADEという手法によりエビデンスの質と推奨度であらわされている。特に従来から言われている運動や禁煙、高血圧や糖尿病の管理について強く推奨されている。この運動のために今後我が国では、体操等の「通いの場」づくりを推奨していくことになっている。

「③医療・ケア・介護サービス・介護者の支援」については、「新オレンジプラン」をさらに推し進める内容となっている。つまり、本人主体の医療・介護等を基本とし、医療・介護等有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、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ことを目標としている。この目標実現のためには、早期診断・早期対応を軸とし、そのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される体制、つまり認知症に関して発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階といった容態の変化に応じ、行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)や身体合併症等が見られた場合においても、ふさわしい医療・介護・リハビリテーションが、適時・適切に切れ目なく実施され、当該機関等での対応が固定化されないよう、退院・退所後もふさわしい場所で適切なサービスが提供されるような「循環型の仕組み」の構築を目指している。このために、認知症の症状やMCI等に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族がわずかな異常を感じたときにでさえ、速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、地域、職域等の様々な場における様々なネットワークの中で、認知症の疑いがある人に早期に気付いて対応していくことができる体制の構

築進めている。さらに受診につながった場合に適切な対応を行うべく、かかりつけ医の認知症に対する対応力を向上させるための研修、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成、認知症に関する専門医・認定医等の具体的な養成などを関係各学会等と協力して取り組むこととしている。このほか、かかりつけ機能に加えて、地域の医療機関、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局において、認知症の早期発見の役割が期待されることを踏まえ、歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上研修を平成28年度より開始している。また認知症の疑いがある人については、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて専門的な医療機関に紹介の上、速やかに鑑別診断が行われる必要がある。そのため鑑別診断の実施に加え、さらに地域での認知症医療提供体制の拠点として認知症疾患医療センターの整備を進めている。平成20年度より事業を開始し、平成29年度より、さらなる整備促進のため、「診療所型」の設置要件に病院を追加し「連携型」に変更、平成29年度より「基幹型」、「地域型」、「連携型」の3類型となっている。認知症初期集中支援チームは、市町村が地域包括支援センター、医療機関等に設置し、サポート医、認知症専門医の下、複数の専門職がチームを組んで、認知症が疑われる人や認知症の人、その家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の支援を包括的・集中的に行うチームである。自立生活のサポートを行うものであり、在宅で生活し、医療・介護サービスにつながっていない、又は中断している人などを対象に、早期に診断や適切な医療・介護等につなげる役割を担っている。また、地域の認知症医療・介護等の連携のコーディネーターの役割を担う認知症地域支援推進員につ

いても、平成31年に全市町村に配置された。認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の配置後は、市町村において、認知症初期集中支援チームが介入した事例から明らかとなった各地域の課題を地域ケア会議等で検討するなど、地域の実情に応じた取組につなげることを最大の目標としている。その他、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う「認知症カフェ」等の設置を推進している。地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど認知症の人や家族が集う取組として2020年度には全市町村で実施された。平成30年度の実績では、47都道府県1,412市町村にて7,023カフェが運営されている。

「④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」については、普通に障壁を減らして暮らし続けていくための取り組みを推進している。平成31年4月22日には日本認知症官民協議会が設立され、金融、交通、住宅、産業関連団体等の100団体近くが参画し、認知症バリアフリーワーキンググループを設置し、各職域での必要な取り組みについて審議しているところである。また若年性認知症の人への支援・社会参加支援のため、若年性認知症施策総合推進事業が行われている。主に(1)若年性認知症コールセンター運営事業(2)若年性認知症実態調査およびニーズ把握のための意見交換会等の開催(3)若年性認知症支援コーディネーター設置事業を進めている。若年性認知症は、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となることなどが指摘されている。このため、若年性認知症に関する相談から医療・福祉・就労の総合的な支援を実施し、現役世代である若年性認知症の方への支援に当たり、一人ひとりの状態やその変化に応じた適切な支援方策の構築を図ることを目的としている。若年性認知症の人を支援する場

合に特に課題になるのが、「就労支援」と「生きがい作り」である。若年性認知症の人や家族を支援する制度やサービスは十分に整備されているとは言えず、支援に活用できる専門職も少ない。若年性認知症の人や家族はどこに相談すればいいかわからず、将来の不安等も重なり大きなストレスを抱えている。そのため、都道府県ごとに相談窓口を設置し、支援のためのネットワーク設置を行うよう、若年性認知症コーディネーターの設置を進めている。若年性認知症コーディネーターの役割や主な業務については、「若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引き書」(平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)に記載されている。①相談窓口②利用できる制度・サービスの紹介③就労支援等を含む本人の状態に合わせた居場所づくり④若年性認知症にかかる正しい知識の普及⑤若年性認知症の人及び家族の支援体制の構築である。現在、若年性認知症の人や家族が自分らしい生活を継続できるように支援する際に活用できるよう「若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック」も作成された(平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)。

「⑤研究開発・産業促進・国際展開」については、高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究や認知症の人が容易に治験に参加登録できるような仕組みを構築するべく事業を展開している。上述したように、新しい認知症の治療薬の現状は、残念ながらアルツハイマー型認知症に対する疾患修飾薬の臨床研究や治験はうまくいっていない。Solanezumab 第三相治験(Lilly)、MCIならびに軽度～中等度アルツハイマー型認知症に対するVerubecestat(MSD)やEarly試験のAtabecestat(Janssen)等のBACE1阻害薬の中止が相次いでいる。ただし、アミロイドβの発生段階を狙うAducanumab(Biogen)

については、高容量の投与により早期アルツハイマー病の臨床症状悪化を抑制でき、今年度中に米国食品医薬品局(FDA)との協議に基づき早い段階で新薬承認申請が予定されている。その他にも、プロトフィブリルを標的とするBAN2401の治験も第2～3相治験へと進んでいる。中国では、腸内細菌を調整する認知症新薬が発売された。これらの海外での治験に対して、米国ではGAP-TRC-PAD(trial-ready cohort for prevention of Alzheimer's disease)や欧州ではEPAD(European Prevention of Alzheimer's Dementia)が整備されている。我が国でもそれらと肩を並ぶべく主に3つのコホートやレジストリが稼働している。大規模な認知症コホートである一万人コホート研究、全国的な情報登録・追跡研究を行うオレンジレジストリ、そして薬剤治験対応コホートであるインターネットを活用したJ-TRCである。これらの事業を活用し、「健康医療戦略」にあるよう日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始を目指しているところである。

7. 終わりに

認知症は今や誰もが罹患しうる一般的な病態であり、医療・介護・福祉や専門医・診療科・職種を超え連携して対応する必要がある。紙面の都合上、今回紹介できたものは一部であるが、我が国の認知症に関する取り組みは世界各国と比較しても先進的であるといえる。我が国の施策を契機に、新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の方とその家族を支援する地域資源は着実に増加してきている。様々な関係者が顔の見える関係を築き、コミュニケーションをとりながら連携を図り、認知症の人の生活全般を支えながら、我が国の認知症の方ご本人およびご家族にとって希望と尊厳をもって暮らせるやさしい地域が構築される

ように今後も期待していきたい。

【引用】

- 1) 総務省統計からみた我が国の高齢者―「敬老の日」にちなんで―
- 2) World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia; Alzheimer's Disease International
- 3) Prevalence of dementia in Japan: past, present and future : Asada T ; Rinsho Shinkeigaku. 2012; 52(11): 962-4.
- 4) 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：朝田隆；厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野 認知症対策総合研究総括・分担研究報告書
- 5) 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究：二宮 利治；厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野厚生労働科学特別研究総括・分担研究報告書
- 6) Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*. 2013 Oct 26; 382 (9902): 1405-12.
- 7) Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*. 2016 Feb 11; 374(6): 523-32.
- 8) Langa KM, Larson EB, Crimmins EM, Faul JD, Levine DA, Kabeto MU, Weir DR. A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Intern Med*. 2017 Jan 1; 177(1): 51-58.
- 9) GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019 May; 18(5): 459-480.
- 10) Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina AM, Winblad B, Jönsson L, Liu Z, Prince M. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement*. 2017 Jan; 13(1): 1-7.
- 11) Wittenberg R, Hu B, Jagger C, Kingston A, Knapp M, Comas-Herrera A, King D, Rehill A, Banerjee S. Projections of care for older people with dementia in England: 2015 to 2040. *Age Ageing*. 2019 Dec 6.
- 12) 佐渡充洋：わが国における認知症の経済的影響に関する研究 平成 26 年度 厚生労働科学研究費報告書
- 13) 「今後の認知症施策の方向性について」報告書：平成 24 年 6 月 18 日厚生労働省公表
- 14) G8 dementia summit agreements : 11 December 2013 Department of Health Prime Minister's Office, UK
- 15) 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」：平成 27 年 1 月 27 日厚生労働省公表
- 16) 「認知症施策推進大綱について」：令和元年 6 月 18 日厚生労働省発表
- 17) Risk reduction of cognitive decline and dementia- WHO Guidelines https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/

Hidetaka Ota*

Abstract

Japan is currently facing a super-aging society and a number of elderly people with dementia are increased. Under these circumstances, timely appropriate approach of medical diagnosis, treatment and care against dementia are essential. However, the effective treatment or cure against dementia does not exist. Therefore, a living with dementia in the elderly and risk reduction for dementia are the most important issue. In this time, about not only Japan but also other countries epidemiology and an economic burden of dementia will be explained, and the current dementia measure and medical system in Japan will be introduced, and its challenges be described in this article.

[Keywords] dementia, a living with dementia, risk reduction, epidemiology, economic burden, clinical medical system, current dementia measure