

国富215兆円クライシス

金融老年学の基本から学ぶ、 認知症からあなたと 家族の財産を守る方法

木下翔太郎

気鋭の元内閣府
官僚にして
現役医師が
詳しく解説!

令和の最重要課題

「認知症とお金の問題」

打開策は新しい学問分野「金融老年学」にあり!

成年後見、遺言、企業の不祥事対策…すべて解説します

国富215兆円クライシス 金融老年学の基本から学ぶ、
認知症からあなたと家族の財産を守る方法

木下翔太郎

星海社

175



SEIKAISHA
SHINSHO

皆さんは、日本に認知症の人がどのくらいいるかご存じでしょうか。

超高齢社会を迎えた日本では、認知症は増加の一途を辿っており、2015年に発表された研究によれば、2025年には65歳以上の5人に1人である約730万人が認知症になると推計されています。

認知症の難しいところは、現代の医学をもってしても、ほとんどの場合治療が困難で、完全な予防もできないことです。今後、長生きしていれば誰もがなる可能性があるという状況は変わらず、認知症の増加を食い止めるのは困難であるとみられています。

そうした中で、認知症の増加に伴うトラブルをどう防いでいくか、ということが重要となってきました。

先ほど紹介した将来推計が発表された当時、筆者は内閣府という役所で官僚として働いており、2016年に高齢社会対策担当部署で『高齢社会白書』の作成に携わるようにな

ったことをきっかけに、こうした問題に接することになりました。

その頃から、認知症をとりまく問題として政府内で重視されていたものの一つが、「認知症とお金の問題」です。

認知症になると記憶や判断能力が衰えるため、特殊詐欺や悪質商法などのターゲットにされるなど、消費者トラブルに巻き込まれるリスクが増加します。また、認知症が進行すると、買い物や預金の引き出しなどを法律上一人で行うことができなくなり、資産を動かすことができなくなってしまうなどの問題も起ります。こうしたお金に関するトラブルは、日々の生活に直結するため、特に対策が必要であるといえます。

こうした認知症とお金の問題は、2018年に、第一生命経済研究所が認知症の人がもつ資産の総額に関する試算を発表したことで、メディアなどでもクローズアップされる機会が増えました。その試算では、認知症の人がもつ家計金融資産が2017年度末時点で143兆円に上っていること、2030年度には家計金融資産全体の1割を超える215兆円に達する見込みであることが報告されており、大きな話題を呼びました。日本政府の当初予算が100兆円程度であることを考えると、相当な規模の金額であることがイメージできるのではないのでしょうか。

これだけのお金が、先に述べたような様々なトラブルのリスクを抱えているということ
は、最早、一部の個人・家族だけの問題ではなく、多くの人々が社会問題として捉えるべ
き段階になってきているといえます。

また、こうした問題は認知症の顧客と接する機会がある企業にとっても避けては通れな
い問題です。

認知症の人が増えていく中で、認知症が疑われる顧客に対してどのように接するべきか、
認知症の顧客と契約を行ってしまうとどういう問題があるのか、といった顧客の認知症リ
スクの把握や社員教育の重要性も増加しています。

現に、2019年には、かんぽ生命保険とゆうちょ銀行の不適切販売問題が発覚し、日
本中に大きな衝撃を与えました。この問題では、職員が、高齢の方や認知症の方の判断力
の低下につけ入る形で、複数の契約を結ばせ年金収入を超える保険料を払わせる、リスク
のある投資商品を理解不十分のまま契約させる、などの不適切な事例が多数報告されてお
り、職員のモラルの欠如や、チェック体制の不備などが指摘されています。

今後、適切な対策が行われなければ、こうした事例がますます増加していく恐れがあり
ます。

では、個人・家族として認知症とお金の問題を回避するためには何ができるのか。

企業として、顧客の認知症リスクに対し、どのようなリスクマネジメントを行えばいいのか。

本書は、こうした認知症とお金の問題やその解決策について、幅広い観点から紹介する本となっています。

まず、個人・家族の問題については、認知症とお金の問題の解決法として利用できる、成年後見、任意後見、家族信託などの各種制度について解説し、トラブルを防ぐための予防策を紹介します。

次に、企業の問題については、顧客の認知症リスクへの対応法として、過去の判例や事件なども参照しながら、契約時に注意すべき点や、具体的な企業の取組事例などについて紹介します。

最後に、認知症をとりまく諸問題について、国際的な潮流や、日本政府・先進自治体の取組などについて触れながら、認知症と共生する地域社会の実現に向けて、私たち一人一人ができることについてまとめます。

本編に入る前に、筆者の自己紹介と、なぜこのテーマで本を出したのかということについて少し説明します。

もともと筆者は、学生時代は文系ではなく、医学部で医者になるための勉強をしていました。しかし、病院実習で高齢者医療の現場を回るうちに、これからの人口減少や超高齢社会に対して日本はどう向き合うべきかという問題意識が強くなっていき、自分にも何かできないだろうかと考えるようになりました。今振り返ってみると、あまりにも漠然とした考えではありませんが、当時の無知な自分なりに考えた結果、何かできるとすれば行政の中だろうと思うようになり、国家公務員試験を受けて官僚になりました。

幅広いテーマを取り扱う内閣府では、先ほど述べたように高齢社会白書の作成に携わる機会を得るなど、関心のある業務に就くこともでき、やりがいをもって働くことができました。一方で、日本が抱える複雑で前例のない社会問題の多くは、行政の努力だけで簡単に解決できるものではないという現実にも直面し、悩みました。

自分の適性として、「言った、言わない」の交渉の世界よりも、じっくり時間をかけて集めた資料をまとめ上げる方が向いていると感じるようになったことから、自由な時間が少なく個人としての発信も制限される官僚の立場から離れ、違う形で世の中の役に立てれば

と考えるようになり、退職することにしました。

現在は、慶應義塾大学医学部の助教として、精神科医・産業医として働きながら、医療政策や予防医療などの研究をしています。科として精神科を選んだ直接的な理由は、官僚時代に周囲でメンタルヘルス不調者が多く、働く人のメンタルヘルスに共感できる医師になりたいと考えたからです。精神科医療の現場に立ったことで再び認知症の問題にも接することになりました。

日々の外来業務において、患者さんやそのご家族と話す中で、認知症とお金のトラブルを実際に経験され困っている方々や、認知症が進行しつつある一方でそうしたトラブルの存在自体をご存じない方々は意外にも多く、改めてこうした問題について啓発していくことの重要性に気づくことができました。しかし、外来の短い時間を使って医者が説明できる範囲には限界があるため、別の方法での啓発の必要性も感じていました。

そんな中、金融機関との共同研究に携わる中で、「金融老年学」という分野に触れる機会を持ちました。金融老年学とは、加齢に伴う認知機能の変化が高齢者の資産管理などどのような影響を与えるかを経済学、法学、医学など様々な側面から研究しているもので、ビジネスの分野からも注目されつつある新しい学問領域です。金融老年学という枠組み自

体は新しいものですが、この金融老年学の基礎部分である、加齢や認知症による資産管理などへの影響や、認知機能が低下した時の「意思能力」の評価、成年後見制度をはじめとする法制度などは、まさしく認知症とお金の問題を把握していく上で重要なポイントそのものです。よって、金融老年学を多くの人に学んでもらえれば、認知症とお金の問題やその対策についての啓発につながると思ったのですが、新しい学問領域のため、一般の人が手に取りやすい教材が無い状況でした。

そのため、この金融老年学をキーワードに、認知症とお金の問題について幅広い視点からまとめることで、多くの人に有用な情報を届けることができる、と考えこの本を執筆するに至りました。

とはいえ、筆者のような若手が、他の先生方を差し置いて、このようなテーマについて本を出すのはやや分不相応であることは否定できません。しかし、冒頭でも述べたように、認知症が増加の一途を辿り、認知症とお金をめぐるトラブルも増えてきている中で、少しでも早く啓発の声を上げていく必要があります。特に、認知症とお金の問題の対策については、認知症が進行する前でないときできない対策が多くあるため（本編で詳しく説明します）、早い段階で啓発することが重要です。

また、この本の執筆を急いだ理由として、2020年からの新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより人々の生活様式が変わったことで、認知症のリスクが高まったということがあります。高齢の方にとって、外出などの運動の機会や、人との交流の機会の減少は、認知症の発症・増悪につながるものであり（第1章で詳しく説明します）、コロナ禍での認知症の増悪を示唆する調査や報道も出てきつつあります。

こうした背景から、たとえば後ろ指を指されようと、筆者が知りうる限りの知見をまとめて世に出すことにも意義はあると考え、この本を執筆することを決めました。

以上が、筆者がこの本を執筆するに至った経緯です。

本書の執筆にあたっては、単なる問題意識の押し付けで終わらないよう、身近で役に立つ知識についても多く紹介するよう心がけました。

本書が、読者の皆さん一人一人の問題解決につながり、新時代の社会づくりの一助となれば幸いです。

目次

はじめに 3

第 1 章 認知症の現在 17

本書の構成 18

「物忘れ」とは違う「認知症」 19

認知症の診断 22

認知症は治療可能か？ 23

認知症は予防可能か？ 28

2025年には730万人となる推計も 32

認知症と「共生」していくこと 34

第2章 なぜ「認知症とお金の問題」なのか 39

誰もが関係する問題 40

認知機能の低下による生活への支障 42

お金の管理がうまくできなくなる 45

認知症が進行すると「意思能力」が無効になり、資産が動かせなくなる 46

成年後見制度とは 48

認知症の人の金融資産は既に140兆円超え 51

第3章 家庭における認知症とお金の問題 55

トラブル①…増加する消費者トラブルや特殊詐欺 56

消費者トラブルや特殊詐欺の防止・対応について 59

第 4 章

企業の視点からみた認知症とお金の問題

93

トラブル②…成年後見制度の利用に伴う注意点 65

成年後見制度の利用前にできる対策について 70

トラブル③…遺言をめぐるトラブル 75

無効にならない遺言作りのためにできること 78

トラブル④…経済的虐待と対応策 84

認知症が進行する前から備える 87

認知症による契約トラブル 94

顧客が認知症の時に行った契約は無効？ 96

判例にみる認知症高齢者との取引の注意点 100

高齢者をカモにしていた「かんぽ生命の不適切販売問題」の衝撃 122

「現場がやったこと」では済まない 125

第5章

社会における認知症とお金の問題

149

認知症を見て見ぬふりをしない 129

不正のトライアングルを意識した対策を 132

企業の取組事例1…認知症リスクを把握する「金融老年学」の取組 135

企業の取組事例2…自治体と連携し、認知症の人を支える 140

「顧客本位」がビジネスチャンスをつくる 143

社会全体へのインパクト 150

世界の潮流 150

認知症による日本社会への影響 154

日本政府の取組 156

自治体の取組 161

自治体の取組事例1…事故救済制度の「神戸モデル」 162

自治体の取組事例 2 .. 異業種連携推進の「京都モデル」	168
自治体の取組事例 3 .. 市民後見人養成の「大阪モデル」	170

おわりに	180
------	-----

謝辞	183
----	-----

第

1

章

認知症

の
現在

本書の構成

本書は、認知症を取り巻く問題の中でも、特に、認知症とお金の問題にクローズアップした内容となっています。第1章では認知症という疾患の概要について、第2章では認知症とお金の問題の概要、第3章では個人・家庭における問題、第4章では企業における問題、第5章では社会における問題について紹介する構成となっています。なぜ、認知症と「お金」の問題なのか、といったこの本の主要な内容については、主に第2章以降で説明していきます。

認知症という疾患自体の診断、治療、予防の話については、既に専門の先生による本や教科書が多くありますので、本書では、認知症一般の話は最低限に留めており、本書が力を入れるべき第2章以降の内容について多くページを割いています。

- 認知症は単なる物忘れとは異なる状態であること

- 認知症の多くは治療ができず、完全な予防も難しいため、誰でもなる可能性がある

こと

- 日本では年々認知症の人が増え続けており、自分や家族だけの問題ではなくなってきたこと

- 認知症と「共生」していくための備えが重要であること

以上の点が、これから第1章で説明する内容です。認知症についてある程度知識のある専門職の方々や、認知症の概要よりも具体的な話について早く読みたい方々は、これらの点だけ把握していただいた上で、第2章から読んでいただいても構いません。

認知症についてこれから勉強される方々、認知症の現在について再確認したい方々は、このままお読みいただければと思います。

「物忘れ」とは違う「認知症」

まず、本書の主要テーマに入る前に、認知症という言葉について、整理します。

「認知症」という言葉は定義が色々あるのですが、大まかにまとめると、「何かしらの原因

で脳の働きが悪くなり、様々な障害が起こっている状態」のことを指します。つまり、一つの病名ではなく、ある「状態」を指す言葉であるため、「認知症」と一口に言っても、その原因となる疾患には様々な種類があります。図1は、日本における認知症の原因疾患の割合について調べた調査結果ですが、このように、認知症は様々な疾患によって起こるものです。それぞれ、疾患毎に起きる症状や原因などは異なっているのですが、いずれも記憶などの障害から生活に支障が出るという点では共通しているため、認知症として一括りにされています。

では、単なる「物忘れ」と認知症は何が違うのでしょうか。一般的に、人は年齢が上がるにつれて体は衰え、脳も老化します。それによって、何かを思い出す際に時間がかかったり、ちょっとしたことを忘れてしまったり、ということが起こります。しかし、周りがヒントを出せばすぐに思い出せるなど、その物忘れの程度は軽度であることが多く、日常生活にも大きな支障がない場合

認知症の原因（国内の研究）

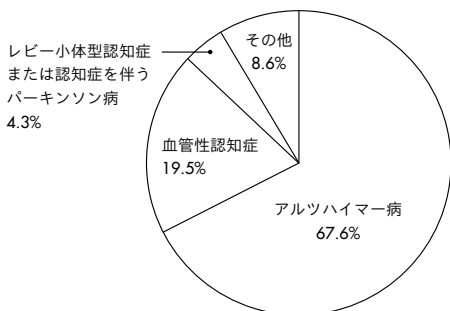


図1 認知症の原因

朝田隆先生らの研究(*1)をもとに筆者作成

がほとんどです。こうした病的ではない、老化に伴う物忘れは、認知症と区別する際には「生理的健忘^{けんぼう}」と呼ぶこともあります。

しかし、認知症は、このような老化に伴う物忘れとは異なります。日本神経学会のガイドラインをもとに、生理的健忘と認知症の違いについて図2にまとめました。認知症の場合は、体験したこと全体を忘れてしまうことが多く、周りがヒントを出しても思い出すことができないことが多くなります。また、新しいことの学習ができなくなる、性格が変わるなど、物忘れ以外の点においても変化が起こるのが認知症の特徴です。

もちろん、認知症の程度や種類によって症状は異なるので、全員がそうというわけではありませんが、いわゆる物忘れと認知症の違いとしてはこうした点が挙げられます。そのため、すぐに思い出せるようなちよつとした物忘れとは異なり、日

	老化に伴う物忘れ (生理的健忘)	認知症 (アルツハイマー病など)
物忘れの範囲	一般的な知識、体験の一部	経験したはずの出来事全体
学習能力	大きな変化はない	新しいことを覚えられない
性格・気分	大きな変化はない	怒りっぽくなる、やる気がでなくなる、などの変化がある
日常生活	大きな支障はない	支障が生じる

図2 認知症と老化に伴う物忘れの違い

日本神経学会のガイドライン(*2)をもとに筆者作成

常生活への支障も生じてしまうというのが認知症の特徴です。

認知症の診断

では、どこからが「認知症」となるのでしょうか。

我々精神科医が参考にする診断基準には、世界保健機関（WHO）が作成しているICD（International Classification of Diseases）や、アメリカ精神医学会が作成しているDSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）などがあります。正確な病名をつける際には、これらの診断基準をもとに判断することになりますが、それぞれ若干の違いがあり、かつ時代による変遷などもあるため、どこからが認知症なのかということを厳密に定義するのは実は簡単ではありません。わかりやすくするために、大まかに括弧で囲むと、先ほどの図2でもあったような「日常生活に支障が生じる」ということが認知症への入り口であるといえます。

臨床現場における診断までの一般的な流れとしては、物忘れなどの症状で困っている方々に対し、我々医師やコメディカルがまず認知症のスクリーニング検査を行います。そのスクリーニング検査とは、Mini-Mental State Examination（MMSE）や改訂版長谷川式簡易

知能評価スケールと呼ばれるような検査で、いずれも年齢や、日時、場所を聞いた後に、簡単な計算、記憶力のテストなどを行って、認知機能を測ります。これらの検査において、記憶力や注意力の障害が一定以上みられる場合（MMSEは30点満点中23点以下、改訂版長谷川式簡易知能評価スケールは30点満点中20点以下の場合）、認知症の可能性が高い、という判定になります。認知症を正確に診断することは難しいですが、これらのテストで記憶力や注意力などの認知機能が落ちていれば認知症が疑われる、という大まかな目安はつけられることになります。医療現場においては、これらの検査の結果、認知症の疑いがある点数であった場合に、各種検査を追加で行って、認知症の原因となる疾患について調べていくという流れになります。

認知症は治療可能か？

では、認知症は治療できるのでしょうか。

結論から言えば、ほとんどの認知症の場合は、治療ができません。

図1で示した日本の認知症の原因疾患の分類をみると、「アルツハイマー病」、「血管性認知症」、「レビー小体型認知症または認知症を伴うパーキンソン病」の3つで、9割以上を

占めていることがわかります。このうち、血管性認知症以外の2つは、神経変性疾患と呼ばれるジャンルに含まれる認知症です（図3）。

神経変性疾患は、老化などの様々な原因により、脳の神経がゆっくりと変化していつてしまう病気です。この変化してしまつた脳の神経は元に戻すことができないため、それによつて進んでしまつた認知症も治療することができないのです。神経変性疾患による認知症については、その進行を遅らせる薬が何種類か保険診療で使うことができますが、いずれも完全に認知症の進行を止めることは難しいとされています。そのため、アルツハイマー病などの神経変性疾患による認知症と診断された場合には、症状とうまく付き合ひながら、進行を少しでも遅らせることが治療方針となります。

脳血管障害とは、脳梗塞や脳出血などが原因となり、脳への血液の流れが悪くなることを指します。これにより、細胞

	代表的な疾患	治療方針
神経変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病など	治療は不可能なため、進行を遅らせる、症状を和らげるなど
脳血管障害	脳梗塞、脳出血など	治療は不可能なため、再度の梗塞や出血を防ぐための、血圧降下や糖尿病治療など
その他	代謝内分泌疾患（甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など）、感染症（脳炎、髄膜炎など）、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、うつ病、薬物中毒など	疾患毎に異なるが、疾患によっては、治療により認知症が改善する場合もある（図4参照）

図3 認知症をきたす疾患の分類

日本神経学会のガイドライン（★2）をもとに筆者作成

に栄養を運ぶ血液が届かなくなった範囲の脳細胞が死んでしまうことによつて血管性認知症が起ります。死んでしまった脳細胞は元に戻らないため、この場合にも起きてしまった認知症を治す方法はありません。なお、こうした、脳梗塞や脳出血が起きてしまう背景に、高血圧や糖尿病などがある場合が多くあります。これらが存在する限り、再び脳梗塞や脳出血が起る可能性が高く、認知症のさらなる悪化や、場合によつては致命的な結果を招く可能性もあります。そのため、血管性認知症が明らかになった場合には、再度の梗塞や出血が発生するのを防ぐため、高血圧や糖尿病などの治療をしていくことが治療方針となります。

このように、我が国における認知症の原因の9割以上を占める神経変性疾患や脳血管障害は根本的な治療が困難です。そのため、認知症と診断されたら、多くの場合は、「進行を遅らせること」、「これ以上の悪化を阻止すること」が治療の目標となりますが、いずれも完全に止めることはできません。

ここまで読まれた方の中には、「認知症は治療が困難なら、病院に行く意味はないじゃないか」と思われる方もいるかもしれません。しかし、稀ではありますが、治療可能な認知症というものも存在します。図3の「その他」に示したように、神経変性疾患や、脳血管障

害以外の疾患によっても認知症は起こります。

そして、**図4**に示した例のように、これらの疾患には治療可能なものもあり、その治療によって認知症が改善できる場合もあります。このような疾患を見つける意味でも医療機関の受診には意味があります。

実際の例として、筆者の祖母が経験したエピソードを紹介します。祖母は82歳の時に、**図4**に紹介した疾患の一つである慢性硬膜下血腫を経験しました。発症のきっかけは、買い物に行った帰りに転んで軽く頭を打ったことで、その時点では、症状は全くありませんでした。しかし、転んでから2〜3週間たった頃、なんとなく元気がなく、人の名前や物の名前が出てこないなどの症状が出現し、1ヶ月経過した頃には、月や日付もわからなくなり、急須に味噌を入れてしまうなど、日常生活でもおかしい行動が出現するようになり

疾患名	認知症をきたす病態	治療
甲状腺機能低下症	慢性的な甲状腺ホルモンが原因。意欲の減退、認知機能の低下などが起こる	甲状腺ホルモンの補充など
ビタミン欠乏症 (B1、B12、葉酸など)	慢性的なアルコール多飲によるビタミンB1不足などが代表的。意識障害、認知機能の低下などが起こる	不足したビタミンの補充、アルコール依存症の治療など
正常圧水頭症	脳の内部を流れる脳脊髄液が過剰に溜まることが原因。歩行や排尿の障害、認知機能の低下などが起こる	外科的手術による脳脊髄液の流れの改善
慢性硬膜下血腫	外傷などにより脳と脳を覆う硬膜との間で起きる出血が原因。数週間以上かけて溜まった血液が脳を圧迫し、認知機能の低下などが起こる	外科的手術による血液の除去

図4 治療可能な認知症の例

日本神経学会のガイドライン(*2)をもとに筆者作成

ました。進行があまりにも急だったこともあり、これはおかしいと家族が病院につれていったところ、画像検査で脳の周りに血腫と呼ばれる血の溜まりが見つかり、慢性硬膜下血腫の診断となりました。幸い、手術により血腫を取り除いたところ症状は改善し、以前と同じように記憶もしっかりとした元気な状態に戻りました。このように、認知症の症状がみられる場合でも、治療によって改善する場合もある、ということは、筆者も知識としては知っていましたが、実際にここまで劇的に良くなる例を間近でみたのは初めてだったので印象に残っています。

こうした治療可能な認知症は、全体から見れば数%程度に過ぎないため、世の中の大多数の認知症の人は該当しないかもしれません。しかし、もしこれらの疾患が原因であった場合、認知症そのものが治療できる可能性もあるのです。こうした治療可能な認知症が隠れていないかどうかを探すという意味で、認知症を疑った場合は、一度は専門科の医師の診察や検査を通して確認することが重要です。また、結果として、治療が困難な認知症であるという診断になったとしても、後ほど説明する介護保険の利用・申請ができるようになるため、そうした面からも、認知症を疑った場合は医療機関を受診することが望ましいでしょう。

認知症は予防可能か？

前節では、認知症の原因疾患の9割以上は、なってしまった後には根本的な治療が難しい、というお話をさせていただきました。

では、「認知症にならない」ようにするという「予防」はできるのでしょうか。

結論から言えば、誰もが100%認知症にならないようにする、ということとは不可能です。

前節で述べたように、認知症には様々な原因がありますので、それら全てを予防するということは現実的には難しいと考えられるからです。

しかし、逆に言えば、認知症を引き起こす疾患のうち、予防できるものについて対策をしておくことで、認知症になる確率を減らし、発症を遅らせることができるようになります。

世界で最も有名な医学ジャーナルの一つである「The Lancet」に2020年7月に掲載された論文によれば、認知症のリスクとして明らかになっている12の要因（図5）について対処することで、最大40%の認知症の予防または発症を遅らせることが理論上可能^{*}、と報告されています。例えば、高血圧を治せば、血管性認知症の原因となる脳出血の予防に

なるように、ここで挙げられている12の要因それぞれに
 対処することが何らかの形で認知症の予防につながるこ
 とになります。よって、これらの12要因への対処につい
 ては、予防の効果について科学的な裏づけ（エビデンス）
 がある、と権威ある医学雑誌において認められていると
 いうことです。これらの中には、教育期間や大気汚染な
 ど、行政や企業などが対応すべき課題もあり、個人の努
 力だけでこの全ての項目を満たしていくのは困難かと思
 われますが、認知症予防や健康づくりに取り組みたいと
 考えている人にとっては良い目安となる情報かと思われ
 ます。

なお、このLancetの研究は、「正確に言えば、「現時点
 で最も信頼のおける研究をまとめたもの」という位置づ
 けであるため、今後新たな研究が出てきて、数字が変わ
 る可能性も当然あります。実は、このLancetの研究には

	認知症をきたす要因	推奨される対策の例
45歳未満	教育期間の短さ（7%）	義務教育の充実
45歳以上 65歳以下	難聴（8%）	補聴器使用、騒音曝露を減らす
	頭部の外傷（3%）	頭部の怪我を防ぐ
	高血圧（2%）	収縮期血圧130以下の維持
	過度の飲酒（1%）	飲酒の量を制限する
	肥満（1%）	予防と改善
66歳以上	喫煙（5%）	禁煙努力、副流煙曝露を避ける
	うつ病（4%）	適切な介入
	社会的孤立（4%）	社会的な交流の維持
	運動不足（2%）	運動量を維持する
	大気汚染（2%）	大気汚染への曝露を減らす
	糖尿病（1%）	予防と治療

図5 改善が可能な認知症の12の因子

Lancet掲載論文（*3）をもとに筆者作成

前身となる研究があり、2017年に同じ著者グループによって発表された時点では、頭部外傷・過度の飲酒・大気汚染がまだ含まれておらず、それらを除いた9つの項目により約35%が予防可能、という報告でした。^{*4}このように、認知症予防の領域に限らず、世界中で研究が行われる中で、医学の常識は日々アップデートされています。近年では、我が国からも、九州大学による歯周病と認知症の関係についての研究や、国立長寿医療研究センターの腸内細菌と認知症の関係についての研究などが報告されており、今後こうした領域でエビデンスの蓄積が進んでいくことで、予防によって減らせる認知症の把握が進んでいくことが期待されています。

しかし、本書で強調したいのは、「認知症は予防できるから頑張れば認知症になりません」、ということではありません。重要なのは、「予防に全力を尽くしたとしても、認知症になる確率をゼロにすることはできない」ということです。

もちろん、先ほど紹介したように、はっきりわかっているリスクを回避し、これらの項目を目標とした健康づくりをすることは、認知症だけでなく生活習慣病など様々な疾病の予防にもつながるため、多くの人に積極的に取り組んでもらいたいと思いますし、そうした努力を否定するつもりも全くありません。私が伝えたいのは、予防に全力を尽くすあま

り、なった後のことを考えなくなってしまったことは危険である、ということです。

予防のための努力によって大きく改善できる生活習慣病とは異なり、現状、認知症では予防の努力が及ばない場合が多い、ということを考えて、「認知症にならないようにする」ということを目標にするには無理があります。予防のための努力によって、発症する年齢を遅らせることのできる認知症も確かにあるのですが、それ以外の認知症に突然なってしまうことがあります。

例えば、臨床現場でよく見聞きする例としては、「去年まで一度も病院にかかったことがないくらい元気で活発だった高齢の方が転んで骨を折り、寝たきり生活になってしまった結果、認知症が急速に進行してしまう」というようなケースです。高齢の方は、足腰の筋力が弱って転びやすくなっているだけでなく、骨が加齢によりもろくなってしまうため、転んだ拍子に足の骨を折る、尻餅をついて背骨を折る、ということが多くあるのです。あるいは、「転んで頭を強く打った結果、脳出血を起こし、血管性認知症になってしまった」という場合もあります。これらのように、何らかのきっかけにより、治療不可能な認知症が短期間で進行する可能性もあります。

以上をまとめますと、予防について取り組む場合には、エビデンスが確実に蓄積されて

いる領域から取り組むのがおすすりめです。しかし、現在の医学では「認知症にならない」ことは難しく、また、何らかのきっかけで急激に発症・進行することもあります。そのため、「認知症にならない」という目標にだけ全力を傾けるのではなく、「誰もがなる可能性がある」「ある程度以上の年齢だといつなつてもおかしくない」という考えをもち、認知症になつた後の備えもしっかりしていくことが重要であるといえます。

2025年には730万人となる推計も

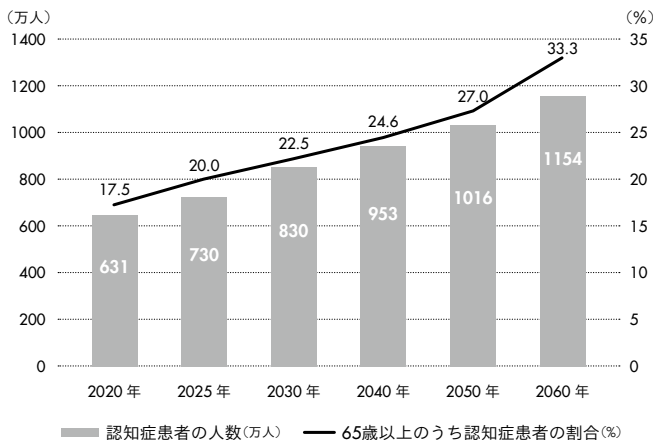
ここまで、認知症がどのような病気かということについて、大まかに説明してきました。では、なぜ今認知症に注目する必要があるのでしょうか。

それは、日本の高齢化が進行してきている中で、認知症の人の数も増え続けているからです。

総務省統計局の発表によれば、2020年9月15日時点の人口は1億2586万人、そのうち65歳以上は3617万人、人口の28.7%となっています。この人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）は、世界で最も高く、2位のイタリア（23.3%）とは大きく差をつけています。そして、少子高齢化が進む日本では、この高齢化率はさらに上がり続けてお

り、令和2年版高齢社会白書^{*8}に掲載されている資料によれば、2025年には30・0%、2060年には38・1%まで上昇すると推計されています。

このように高齢者が増えていく中で、認知症の人の数も増えていくことは確実とみられています。九州大学大学院医学研究院の二宮利治先生らの研究によれば、有病率が年齢毎に上昇するという条件だと、2020年の認知症の人は約631万人、2025年には約730万人、2060年には約1154万人になると推計されています(図6)。この推計では、2025年では65歳以上の5人に1人、2060年には3人に1人が認知症という驚きの結果となっています。この研究は2014年時点で行われた将来推計であるため、先ほど説明したような、予防に関するエビデンスの進展などは考慮されていません。今後、行政による対策や、個人の行動変容が起こっ



二宮利治先生らの研究(*9)をもとに筆者作成

図6 65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率

ていけば、ここまで高い割合にはならない可能性も十分にありますが、いずれにせよ、認知症の人は今後かなりのペースで増加していくことは間違いないと考えられます。そして、これだけ認知症の人が増えてくる、ということは、自分や家族だけの問題ではなく、隣近所の人、仕事上で出会う人まで含めて、認知症の人と接する機会が増えていくこととなります。

認知症と「共生」していくこと

以上みてきたように、認知症は、これからの日本が取り組むべき大きな課題の一つです。認知症は、多くの場合は予防が難しく、発症するとほとんどの場合治療が困難でありながら、一定以上の年齢になれば誰もがなりえる病気であり、今後ますます増えていくことが確実とされています。繰り返しになりますが、これらを踏まえて考えるべきは、「いかに認知症にならないか」「いかに認知症の問題を避けるか」ではなく、「認知症になる前にできる備えは何か」や「認知症の人が一緒に暮らせる社会をどう築いていくか」ということではないでしょうか。

現在、政府全体の認知症政策の方針となっている「認知症施策推進大綱」というものが

あり（第5章でも解説します）、そこでは図7のような基本的考え方が示されています。ここで掲げられている「共生」という言葉はまさに今述べてきたような考え方と一致するものです。そして「予防」についても、「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おり、医学的な考え方も矛盾しないところです。こうした考え方に基づき、認知症と共生していくための課題の解決、「ならない」という意味ではない予防のための取組が求められています。

認知症と共生できる社会づくり、適切な予防の推進、これらの普及・啓発のための課題は様々な領域に及ぶため、本書ではその全てを解

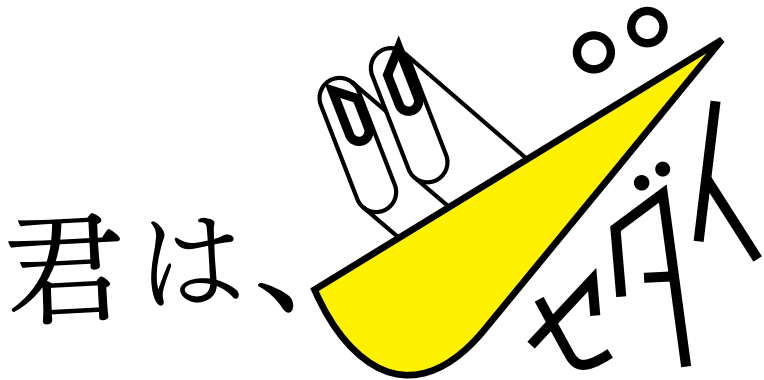
認知症施策推進大綱の基本的考え方

●認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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していく。

●「**共生**」とは、認知症の人が、**尊厳と希望を持って認知症とともに生きる**、また、**認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる**、という意味である。引き続き、生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。

●「**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」という意味である。

説することはできませんが、ほぼ全ての人に関わる課題の一つであるお金の問題について本書では解説していきます。



君は、

ジセダイ

何と闘うか？

<https://ji-sedai.jp>

「ジセダイ」は、20代以下の若者に向けた、**行動機会提案サイト**です。読む→考える→行動する。このサイクルを、困難な時代にあっても前向きに自分の人生を切り開いていこうとする次世代の人間に向けて提供し続けます。

メインコンテンツ

ジセダイイベント

著者に会える、同世代と話せるイベントを毎月開催中！ 行動機会提案サイトの真骨頂です！

ジセダイ総研

若手専門家による、事実に基いた、論点の明確な読み物を。「議論の始点」を供給するシンクタンク設立！

星海社新書試し読み

既刊・新刊を含む、すべての星海社新書が試し読み可能！

マーカー部分をクリックして、「ジセダイ」をチェック!!!

行動せよ!!!