

最近の認知症事情と認知症ケア（公開講座より）

小池 妙子¹⁾

はじめに

2015年10月24日、最近の認知症事情と認知症予防のテーマで本学において公開講座を実施した。紙面の都合で「最近の認知症事情」について紹介し認知症予防は割愛する。

参加者は本学看護学科2年生の49名を含め105名であった。公開講座に参加してよかったと思ってもらうために実際に考えたり行動したりする体操や穴埋めクイズなどを取り入れた。

I 認知症の理解

1 認知症の名前の由来

還暦(60歳)を迎えた高齢者に赤い「ちゃんちゃんこ」を送る風習があり、東北地方では還暦を迎えた人を二度童子というが、わがまま、身勝手な行動から転じて、もの忘れや生活行動に支障を伴う人を「ボケ」というようになった。やがて「痴呆」と言われるようになったが「痴呆」は差別的な用語であり相応しくないと日本老年医学会の提議を受け厚生労働省において検討会が持たれ、さらに民意に問い認知症の得点が多かったことなどから2004年「認知症」に決定し使用されるようになった。

2 認知症高齢者の現状 (図1・2)

平成24年厚生労働省老健局高齢者支援課の資料によると全国の65歳以上の高齢者の認知症有病推定者は462万人(15%)であり、さらにその予備軍(正常と認知症の間)は400万人(13%)となっている¹⁾。厚生労働省は、2025年に認知症高齢者数は700万人(65歳以上の人の5人に1人)になると発表した。もはや認知症は特別のものではなく誰もが罹り得るということである。

3 認知症の理解

1) 認知症とはなにか (図3)

認知症は症状で認知症という病気があるわけではない。認知症とは高次脳機能障害が行動に現れたものである。

すなわち、記憶障害があり、さらに失語、失行、失認等の他、実行機能障害(計画を立てる、組織立てる、順序だてる、抽象化することができなくなる)のうち1つ以上が認められ、これらの状態が徐々に生じ、やがて、社会生活に支障をきたすことをいう。

認知症は種々の原因疾患により認知機能が低下し、生活に支障が出ている状態(6カ月以上継続している状態)で一過性のせん妄との区別が必要である。

2013年に改定されたアメリカの精神医学会診断統計

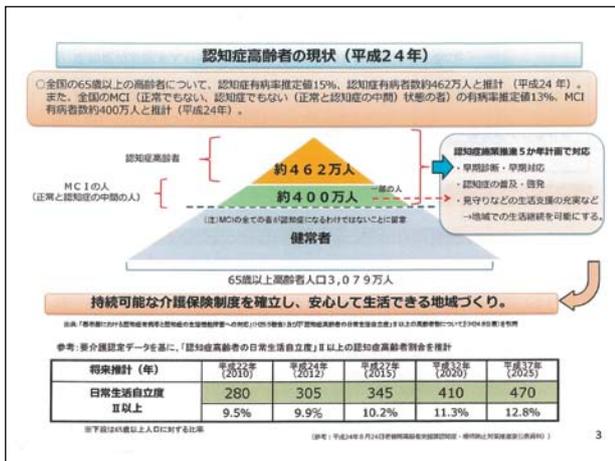


図1

| 認知症の人の数 | | | |
|-------------|----------|---------|------------------|
| | 世界 | 3,560万人 | 60歳以上人口の11% |
| 2012(平成24)年 | 日本 | 462万人 | 65歳以上の15% |
| 2012(平成24)年 | MC1(予備軍) | 400万人 | 12.8% |
| 2025(平成37)年 | 認知症の人 | 700万人 | 65歳以上の20%(5人に1人) |

図2

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科

マニュアルDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 第5版によると、記憶障害は必須ではなくなり、認知症という概念ではなく「アルツハイマー型(病)」「レビー小体型(病)」「前頭側頭認知症」「脳血管性認知症」という個々の病気の診断になっている。

2) MCI (Mild Cognitive Impairment) とは何か (図4)

MCIとは記憶障害を含む認知症の軽度の障害を本人や周囲の人が気づいていること、日常生活や社会生活は何とか支障なく過ごせていること、認知機能の低下を生じる他の病気や状態でないこと。つまり、物忘れやこれまでの行動と違い何かおかしいが、まだ、認知症とは言えない状態のことである。多くの場合、この段階を経て認知症に至るので「認知症予備軍」とか「境界線」といわれる。したがって毎日の活動は自立(努力や工夫が必要になる)している。MCIに関する研究の結果、年間、約10%が認知症に進展するとの報告がある。

4 認知症の症状 (中核症状と行動心理症状)

1) 中核症状

中核症状は高次脳機能の障害を直接示す症状で認知症の人に共通に認められる。

(1) 記憶障害 (図5)

①記憶とは何か

記憶にはさまざまな種類があるが時間の経過によるものとして、記憶の情報プロセスは記銘→保持→想起(学習モデル)と進む。まず、視覚・聴覚等から入った情報(感覚記憶)の大部分は消滅するが興味や関心があると短期記憶として数十秒から数分、貯蔵される。重要であると意識し反復すると中期記憶(1時間程度)として保持される。さらに長期記憶に貯蔵されるには反復したり、語呂合わせをしたり、図式化や符号化したりと、さまざまな努力や工夫をする。記憶は海馬で一時記憶されているもののうち反復されたものが重要として側頭葉から脳の各部位に移され長期記憶として保持される。

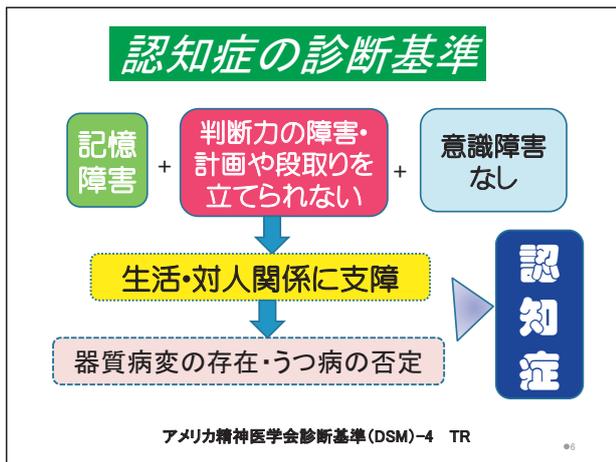


図3

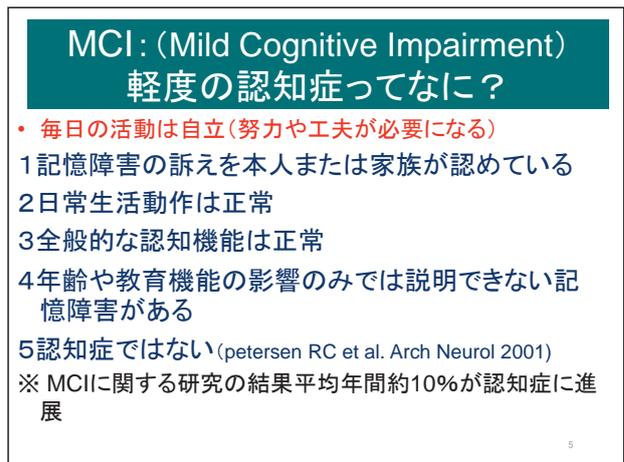


図4

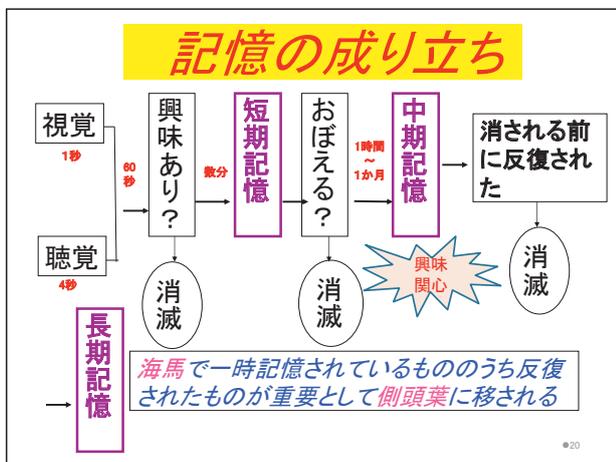


図5

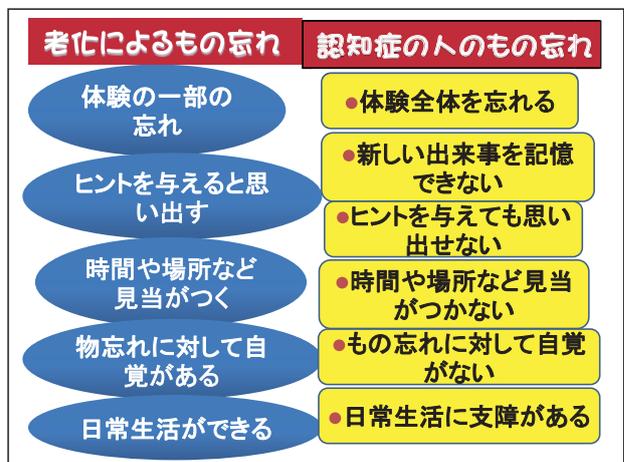


図6

②脳の障害部位による記憶力低下の原因

認知症の人は「食べたばかりの食事を忘れて食べていない」というが、これは短期記憶の障害である。佐藤³⁾によると記憶力が低下する原因は3つある。すなわち i 感覚記憶から短期記憶までの過程（記憶すべきものを選択する・作動記憶）の障害、ii 短期記憶そのものの障害、iii 短期記憶から長期記憶への過程（符号化）の障害、と述べている。これらは脳の障害部位により異なる。上記 i を作動記憶というがこれは前頭前皮質、ii の短期記憶の障害は側頭葉内側部（海馬とその周辺）の障害、iii は脳各部に存在であることが明らかになっている。認知症で前頭前皮質が侵されると作動記憶の働きが低下して注意や抑制、判断や記憶ができなくなる。アルツハイマー病の場合、海馬とその周辺の神経細胞が著しく変性、減少し記憶できなくなる。

③老化によるもの忘れと認知症による記憶障害の相違

(図6)

認知症のもの忘れは、もの忘れに対して自覚がない、新しいことを記憶できない、ヒントを与えても思い出せないなど、体験全体を忘れ社会生活に支障が出てくる。老化による物忘れは神経細胞の減少などにより脳の萎縮による短期記憶を長期記憶として貯蔵する作業が困難になっているからである。

(2) 認知障害（判断力・抽象思考障害）

脳の認知機能の障害は単純な思考計算はできるが複雑な作業が困難になる。みかんやりんごはわかるが果物と言えないなど、繋げたりまとめたり抽象化したりすることができにくくなる。複雑な注意力の障害（何度も同じ事を聞いたり、～ながらができなくなる）が現れる。

(3) 見当識障害

日時・曜日、季節・場所が判らなくなり出かけても戻れなくなる。認知症の初期にこの症状が現れる。

(4) 高次脳機能障害（失語、失行、失認）

- ①失語：しゃべれない、理解できないために使い慣れた言葉が出にくくなる。人の話についていけなくなる。人とのコミュニケーションや知的活動ができにくくなる。
- ②失行：それが何かわかっていても使うことができないことで筋肉の力の衰えや震えたりすることがないのに着脱、ひげそりができない。
- ③失認：それが何かわからなくなることで見たり聞いたりする感覚に異常がないのに目の前のものが何か分からない。

(5) 実行機能障害

計画を立てる、組織立てる、順序だてる、抽象化することができなくなることで、そのうち1つ以上が認められ、社会生活に支障をきたすようになる。知能（記憶力、知識、判断力）の低下を伴い、実行機能の障害（手の込んだ料理など段取りができなくなる、2つ以上の家事や仕事ができなくなるなど）がみられる。

初期のうちは中核症状が絡み合っささまざまな状況が現れ、家族等周囲のものが気づくようになる。

2) 心理行動症状（BPSD）

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

周辺症状とも言われ認知症に伴ってあらわれる行動や心理症状のことを言う。周辺症状は病気の種類、程度、環境によって異なる。

(1) 心理症状

- ①不安：落ち着かない、イライラしやすい
- ②抑うつ：気持ちが落ち込んでやる気がない
- ③不安感、焦燥感：イライラし落ち着かない、一人になることを嫌がる
- ④意欲低下：やる気がなくなる（椅子に座り何もしないなど活動性の低下）
- ⑤妄想：現実でないことを誤って認識してしまう～財布や着物を盗まれたという
- ⑥せん妄：脳の機能が一時的に低下する急性の意識障害；錯覚、幻覚、妄想、興奮
- ⑦幻覚：実際にはないものが見える（幻視）、実際にはいない人の声が聞こえる（幻聴）

(2) 行動症状

- ①徘徊、帰宅行動：無目的（本当は目的あり）に歩き回る、外に出て行く多動：絶え間なく動いている
- ②攻撃的な言動、ケアの抵抗（暴言）：いらいらして落ち着かない（暴力）：些細なことで声を荒げたり手を挙げたりする
- ③睡眠・覚醒リズムの障害：睡眠障害、不眠、昼夜逆転：夜、覚醒し昼うとうとしている

(3) その他の症状

介護拒否、異食行為、失禁、収集癖

5 原因によって異なる認知症（4大認知症）

認知症は原因疾患によりさまざまな症状が現れるため、治療、看護、介護などの対応がそれぞれ異なる。時代の変化、医師の診断能力、研究者により発症率に開きがあるがアルツハイマー病が最も多い。

1) アルツハイマー病：(図7・8)

大脳神経細胞の萎縮と老人斑、βアミロイドというたんぱく質の老廃物が多量に蓄積、神経細胞のネットワークが破壊される。これらが気づかぬうちに発症し徐々に進んでいく。山田⁵⁾によるとアルツハイマー50% レビー20%、脳血管性15%、その他15%である。

アルツハイマー病の経過は長期にわたることが多く、時期(初期、中期、後期)により症状が異なるので関わり方を変える必要がある。

2) レビー小体：1970年小坂憲治が海外で発表、1990年代に知られるようになった。後期高齢者に多い。レビー小体(Lewy Body)はα-シヌクレインという特殊なたんぱく質が大脳皮質に現れることで発症する。(パーキンソン病の人は中脳にLewy Bodyがたまる)。

症状は①注意や覚醒レベルの認知機能の変動、②現実的で詳細な内容が繰り返し出現する幻覚、③パーキンソン症状=寡動、筋強剛、振戦、小刻み歩行などがみられる。

転びやすいので注意が必要である。

3) 前頭側頭葉型認知症：1998年国際ワーキンググループにより前頭側頭葉型認知症の診断基準が示された。タウ蛋白などの異常がみられる。主な症状は高度の性格変化、社会性の喪失、注意、抽象性、判断力の低下、話が少なく、末期には緘黙(口を閉じて喋らないこと)、空間認知、見当識は比較的保持されている。初期は記憶低下や生活障害は軽い。電車等に乗っても戻って来られる。10年以上の経過をたどり、やがて無言、無動、寝たきりになる。前頭葉の障害では反社会的行動を伴い、側頭葉の障害には記憶障害が起こる。

4) 脳血管性認知症：治療方法が異なるので早期に適切な診断を受ける必要がある。広範な白質障害、海馬・側

頭葉内部視床下部等の梗塞、虚血性脳障害、脳底部血管の動脈硬化・白質の小梗塞(ビンスワガー病は進行性血管性白質脳症)がみられる。神経症状は片麻痺、感覚障害、失調、嚥下障害、部分的な(まだら痴呆)知的障害が生じる。障害部位により症状が異なり左脳の障害では右半身麻痺、言語障害が、右脳の障害では左半身麻痺、左側空間無視が生じる。対応のポイントは症状に応じた看護・介護・リハビリであるが、軽度の内は励まし、やる気を持ってもらう。再発予防、片麻痺には転倒に注意する。

6 その他の認知症

その他の変性(神経細胞が死滅する)疾患：パーキンソン病、進行性核上性マヒ

感染性：クロイツフェルト・ヤコブ病、HIV関連認知症

1) 治療可能疾患

- (1) 脳外科：脳腫瘍、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫
- (2) ビタミン：B12欠乏性悪性貧血、ビタミンB1欠乏、脱水
- (3) 中毒性：アルコール依存症、薬物、有機溶剤・金属中毒による認知症
- (4) その他：うつ病、低血糖、粘液水腫、間質性肺炎(慢性の肺炎)

2) 若年性認知症

18歳以上、65歳未満で発症する認知症の総称。65歳以上で発症する老人性認知症と同様に、脳血管障害やアルツハイマー病などにより、もの忘れ、言語障害などの症状が現れる。

基礎疾患としては、脳血管性認知症、アルツハイマー病が大半を占めるが、頭部外傷後遺症、前頭側頭葉変性症、アルコール性認知症などの疾患が原因となっていることもある。

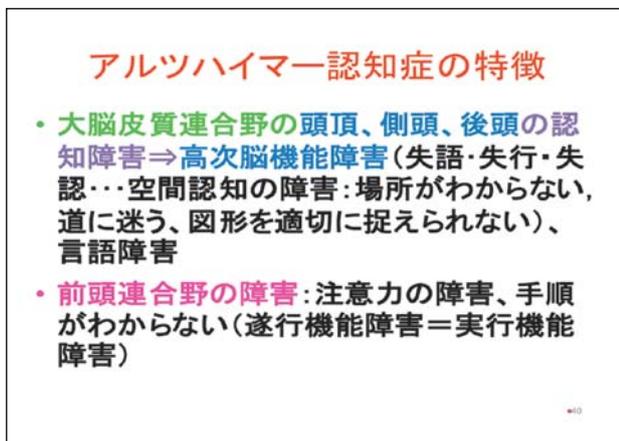


図7

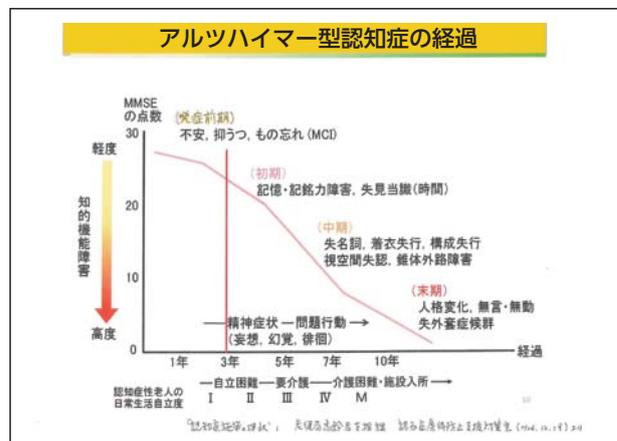


図8

II 認知症の人の気持ち、体験を理解する

1 認知症の人の体験 (図9・10)

筆者が関わったNさんも「家族もわからなくなってしまふのか、将来どうなるのか、行動・機能がどのように低下していくのか、どのようになって死ぬのか、自分は誰なのか」と語っていた。自分のことが心配、正常であろうと努力するとトンチンカンのことをする。怒られる⇒やらなくなる。機能が低下する、話を聞いてもらわな

いと努力しなくなる。認めてもらい、褒められたい。失敗が続く怒られてばかり⇒また失敗⇒元気がなくなる。

III 家族の思い

(6) 家族等周囲のものが気づいた認知症状 (図11・12)

1) 認知症者に対するマイナスイメージ (図13)

2) 認知症の経過と問題点 (図14)

本人の思いと家族の気持ちが一致していないことがある。

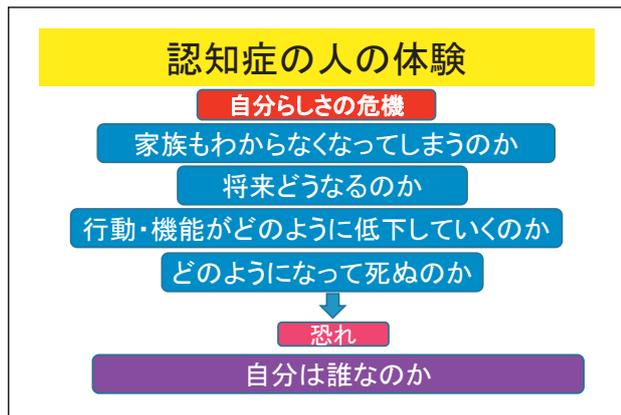


図9



図10

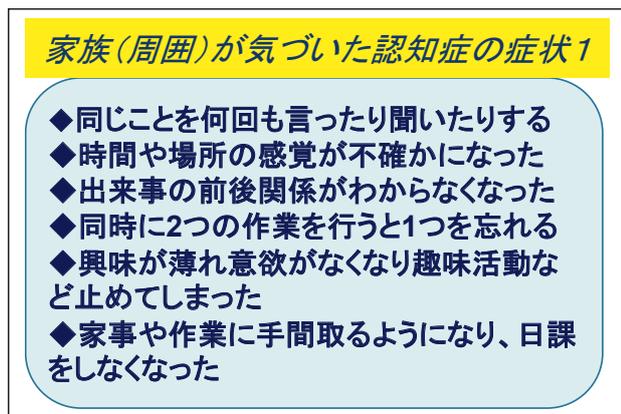


図11

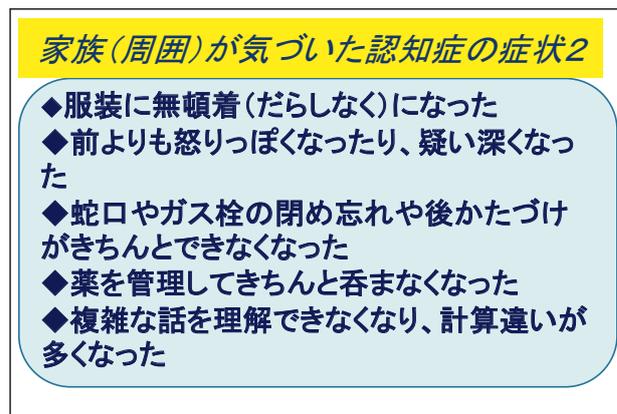


図12

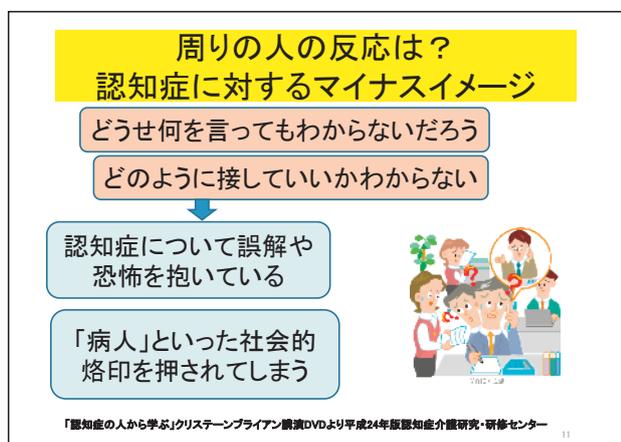


図13

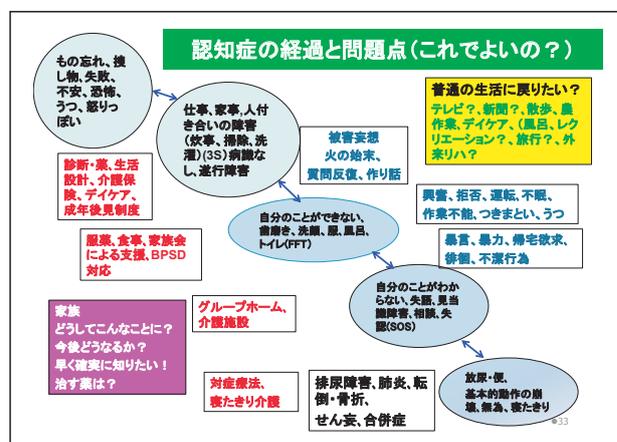


図14

IV 認知症者に対するケアする人の 姿勢・倫理観、対応のしかた

1 ケアする人の姿勢

- ①認知症の人を尊重する
- ②個人としてかわる：共感する姿勢（話を聴き認める）
- ③受容する姿勢（うなずきとほほえみ）
- ④認知症者を無条件で受容する。偏見を持つことは許されない。
- ⑤本人の心の世界に寄り添い、いざなう
- ⑥自分も幸せになる（学習し成長し、やさしくなれる）
- ⑦家族関係、役割、そのときの出来事を聴き認める

2 認知症の人に対するケアの理念

- ①すべての人はユニークな存在、《世界に一つだけの花》
Only one
- ②認知症であっても人間として貴重な価値のある存在
- ③混乱した行動の裏には必ず理由がある
- ④脳の構造上の機能変化だけでなく加齢によって身体的、精神的、社会的変化が反映する
- ⑤習慣となっている行動を変えることはできない
- ⑥私は過去の世界である人（物）と共有して生きている：
- ⑦人は人生の中で多くの課題に遭遇しながら生きている。認知症になった時、心の中に深く残っていたことが、行動障害として浮かび上がってくる。
- ⑧共感と受容は信頼を築き、尊厳を取り戻す。認知症の人の状況を心から理解すれば、その人に対するケアの心構えが強化される。

3 認知症の人の対応のしかた

- ①快刺激：家族・介護者も認知症本人ともに“快”で、ともに笑顔で楽しく過ごせる場面設定や雰囲気作りが家族介護者に求められる。

- ②コミュニケーション：親密の情を表したコミュニケーションは不安や喪失感を感じている認知症本人に安心感を与える（笑顔で力強く太い声でゆっくりした口調でほめる）
- ③ほめる：認知症本人の生活意欲が高まるよう“ほめる”ほめることは報酬であり、生活意欲や学習意欲を高める。さらには傷ついた自尊心の回復にもつながる。家族・介護者は褒めようとする意識を常に持って些細なことでも見つけてほめる。（そうです、うまいね、その調子）
- ④役割：本人が主役で活動する。家族・介護者はそれを支えるスタンスが重要。たとえ簡単な作業でも、役割をもつことが本人の不安を和らげ、尊厳を高める。家族は感謝し、ほめる。
- ⑤失敗を防ぐ支援“できること”と“できないこと”を見極め、なるべく本人の持っている力（残存機能・能力）を引き出しながら、最低限の援助でうまくできるようにし成功体験に結びつける。

4 目的に応じた非薬物療法（図16）

認知症者への対応として様々な非薬物療法が紹介されている。なかでも、米国精神医学会治療ガイドラインが紹介している療法の、刺激・認知・感情・行動と目的別に療法を提示している。脳への快刺激では「音楽・芸術療法、アロマセラピー、ペットセラピー」などがわが国でも紹介されている。音楽療法には、音楽を受け身的に聞くだけの受動的音楽療法と参加者みずからが、歌を歌ったり、楽器を演奏したりして、積極的に音楽を行う能動的音楽療法がある。芸術療法は、絵画・粘土細工・陶芸・彫刻・写真・連句・詩歌・俳句・自由画・心理劇・ダンスなどである。言葉では表現しにくい情緒や願望、幻想などを自分の好きな方法を通して表現することで、不安を解消したり、感情を解放したりすることができる。

忘れないでください！

- 認知症は病気である！呆けても心は生きている！
ケアの仕方によって迷惑行動(BOSD)は軽減する
- 迷惑行動(BOSD)は問題ではなく課題である！
裏技やコツではなく真っ向、表技で勝負
楽しく知恵を出し！知恵を出し！相手に添う
- 「認知症」ではなく「その人」を見る！
その人の話を聴き！その人の思いを感じ！その人の求める生活は何かを感じ取る！
- 相手を否定する説得はNG！
日頃からの信頼づくりを大切に！その人の思いを受け止める

図15

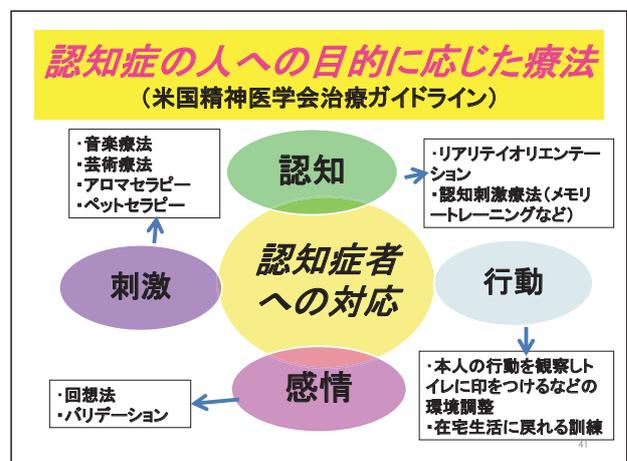


図16

認知への働きかけとしては「リアリティオリエンテーション、認知刺激療法など」が代表的である。感情への刺激としては回想法やバリデーション」がある。回想法は過去の懐かしい思い出を語り合ったり、誰かに話したりすることで、心の核となる部分を再発見することができる。バリデーション療法は、認知症の人が騒いだり、徘徊したりすることにも「意味がある」として捉え、患者の歩んできた人生に照らして考えたり、共に行動したりするというもので、「共感して接すること」に重点を置いた療法である。行動への働きかけとしては「トイレにわかりやすい印をつけるなど本人の行動に即した環境調整、在宅生活に戻れる訓練など」が代表的である。

5 認知症の薬物療法

わが国で現在、薦められている薬物療法は（図17）のように1999年以降、様々な薬が開発され、完治は困難だとしても症状を緩和、あるいは進行を遅らせるなどの効果を上げている。ただし、副作用が現れる、他の薬と併用が難しい、量を徐々に増やすなどの調整が必要な薬も多いことから、専門医の指示を受けて、慎重に進めることが肝要である。

文献

- 1) 厚生労働省老健局高齢者支援課：平成24年厚生労働省老健局高齢者支援課の資料
- 2) 川井元晴：「MIC軽度認知症ってなんでしょう」、

- 認知症の人と家族の会山口支部代表
 ぼーれぼーれ419号、2015年6月
- 3) 佐藤眞一：「認知症不可解な行動には理由がある」、ソフトバンク新書、2012年
 - 4) 東京都社会福祉基礎調査・高齢者の生活実態）65歳以上の高齢者1995年
 - 5) 山田皓子：認知症の人と上手に付き合うには、青森中央学院大学看護学部、ミニ公開講座資料、http://sodan.e-65.net/basic/ninchisho、/2015年6月
 - 6) Naomi Feil：「バリデーション」第2版、筒井書房、2002年
 - 7) 小池妙子：認知症のAさんを自宅で介護する夫と専門職のかかわり、介護福祉no95、2014年
 - 8) 小池妙子他編著「人間福祉とケアの世界」三和書籍、2005年
 - 9) 小池妙子：弘前医療福祉大学認知症ケア論講義資料、2014年
 - 10) 小池妙子：弘前医療福祉大学公開講座資料、2015年10月
 - 11) 小池妙子：青森県社会福祉協議会講演資料、2015年7月
 - 12) クリスティン・ブラインデン：永田久美子監修痴呆の人から学ぶクリスティン・ブラインデンさん講演より、VHS1～3巻、高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、2004年
 - 13) 米国精神医学会治療ガイドラインより

最近の薬物療法

| 一般名 | ドネペジル | ガランタミン | リバスチグミン | メマンチン |
|--------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|
| 商品名 | アリセプト | レミニール | | メモリー |
| 適応 | アルツハイマー型認知症（軽度～重度） | アルツハイマー型認知症（軽度～中度） | アルツハイマー型認知症（軽度～中度） | アルツハイマー型認知症（中度～重度） |
| 作用 | アセチルコリンエステラーゼ阻害 | アセチルコリンエステラーゼ阻害 ニコチン受容体増強 | アセチルコリンエステラーゼ阻害 プチリルコリンエステラーゼ阻害 | MMDA受容体拮抗 |
| 併用の可否 | メモリーとの併用可 | | | イクセロン・リバスタッチ、アリセプト、レミニールと併用可 |
| 副作用 | | 吐き気・嘔吐・食欲不振 | 皮膚のかぶれ、吐き気・嘔吐 | 頭痛、めまい、便秘、体重減少 |
| 国内発売年月 | 1999年11月 | 2011年3月 | 2011年7月 | 2011年6月 |
| 備考 | 3mg・5mgジェネリックあり10mgはアリセプトのみ | 錠剤・口腔内崩壊錠・内服液の3種 | 貼り薬は国内初、標準サイズは5百円玉 | ドネペジルと併用すると3年ほど延長できる進行を5年まで引き延ばせるといわれている。 |

図17