

国立長寿医療研究センター武田です。  
どうぞよろしくお願いいたします。

認知症への理解を深めるということでお話をさせていただきます。  
今日のお話は、まず皆さんもう 1 回サポーター養成研修受けられているので、ご存知かと思えますけど認知症の基礎知識をちょっと深めにお話しさせていただいて、あと、地域や職場での認知症の人への接し方について、お話をさせていただきます。

まず、基礎知識ということで、これはよく出てくる図なのですが、これは、平成 22 年当時の、日本の認知症の人の数と、ここですね、440 万人と、それからあと軽度認知障害 MCI と書いてありますが、これが 380 万人いるという図です。

ここで見ていただきたいのは、認知症の人が 440 万人いて、プラス、ちょっと少ないぐらいの、この、予備軍とよく言われますけど、正常と認知症の中間の人がほぼ同じぐらいいるわけです。

これが、その時に、年齢階層ごとに見た有病率になります。

これで見ていただくと、例えば 85 歳から 89 歳の間は、女性が若干多いのですが、大体 40% ぐらいが認知症であるということです。

先ほどのそれと同じぐらい、軽度認知障害がいるということは、プラスでこのあたりぐらいまで、認知症か予備軍の人がいるということで、10 人中 8 人近くが、そうだという事です。

ですの、かなりの数の人が、そのようになっているという状況です。

認知症とは何かということなのですが、認知症とはいろいろな原因によって、脳の細胞が障害されて、記憶や判断力など、認知機能が障害された状態で持続して生活する上での障害が出ている状態というふうに定義されていて、いろんな診断基準っていうのがありますが、大体これはすべての診断基準で共通していることです。

それで、いろいろな原因とは何かというと、アルツハイマーとかレビー小体型認知症とか前頭側頭型認知症ですとか、脳梗塞とか脳出血によって起こる血管性認知症とか、それ以外には梅毒とか、ビタミン B1 欠乏症とか、あと正常圧水頭症などという病気がありますけれども、いろんな病気によって認知症が起こりうるということです。

ただ、数としてはこの青色のアルツハイマーが一番多いということです。

2 番目は血管性認知症で 3 番目がレビー小体型知症ということです。

あと混合型といって、例えばアルツハイマーと血管性の混じったようなものを、

混合型と言いますけども、そういったものもそれなりにあるということです。それで生活する以上の障害という時に、我々はこの I A D L、手段的日常生活活動というふうに訳しますけども、そういったものを使うことが多くて、何ができないか、例えば食事の準備ができないかとか、それから、買い物ができないかとか、電話かけられないかとか、金銭管理ができないかとか、お薬の管理ができないかとか、いろんな所に行ったりそういうことができないかとか、そういったものを、必ず、聞き取って、認知症であるかどうかというのを判断します。

それで、さらに、だんだん認知症が進行してくると、もっといろんな身の回りのこういった歩いたりとか、トイレとかそれからお風呂に入ったり、身づくろいしたり着替えをしたり、排泄とか食事とかそういったようなことが、だんだん障害されてくるということです。

先ほど軽度認知障害っていう、予備軍、いわゆる予備軍って話をしたのですが、一番大事なことは、認知障害があって、かつ、生活が障害されると、認知症っていいですよということです。

認知障害がちょっとできているのだけれども、まだ生活の支障はない状態を、軽度認知障害と定義しています。

年相応の認知機能の低下であればこれは年相応の物忘れということになります。ですので、軽度認知障害と認知症を分けるところは、この生活での支障があるかないかというのが、大事になりますので、国立長寿医療研究センターのもの忘れ外来でも、必ず先ほどの日常生活活動、金銭、お金の管理ができるかとか、薬の管理ができるかとか、そういったことを事細かに聞くということをやっています。

それで、認知症というのを理解する際に脳の病気があってそれが認知機能の障害をきたしてその結果日常生活とか社会生活が障害されて、これは認知症といいますよっていうのが、一つの定義ですよ。

ただ、これが認知症でいいのですけれども、こういった、ただそれですまないのがちょっと難しいところで、認知症の行動・心理症状とか、身体症状、身体合併症っていうものですか、家族・地域・環境との関係の悪化、こういったようなものが、認知症になってくると、起こってくるというのがあるのです。

それで、この図は東京都健康長寿医療センターの栗田先生が作った図を参考にさせていただいて、少し作り変えさせていただいて出しております。

それで、さっきの脳の病気が起こるアルツハイマーとかレビーとかそういったことが起こることによって、それから見たときに、例えばレビー小体型認知症という、認知症があります、これは幻覚とか、それから、パーキンソニズムという体の動きが遅くなったり体がふるえたりとかそういったものが出るという認知症なのですけれども、このレビー小体型認知症によって出る行動・心理症状

というのがありますが、幻覚とか抑鬱とか、夜中に大きな声を出して、大きな寝言言ったり、こういうのも、認知症の行動・心理症状の一つです。

直接起こるものなのです。

それから、先ほどのレビー小体型認知症でいうと、体の動きが遅くなったりするってというような体の症状ですとか、それからあと、立ちくらみですね起立性低血圧、それから便秘とか、頻尿になったりおしっこが出にくくなったり、そういったことが起こりやすいですし、これ身体の症状ですねこれは認知障害ではなくて、身体の諸症状です。

それから、先ほどありましたけれど正常圧水頭症っていう病気があって、正常水頭症は認知機能の障害と尿失禁と歩行障害というのが三つあるのですけれども、正常圧水頭症とかあと血管性認知症でも、歩行障害が、しばしば起こるのです。ですので、認知症、脳の病気が直接こういったところ、それから、だんだん進行してくると、認知症の人は、多くの方が、肺炎になったりとか、転倒して骨折したりとか、そういったことを非常に起こしやすくなります。

ですので、認知症という一つのものから、いろいろな、これだけじゃなくて、いろいろな、症状が出てくるということです。

さらに、認知症の行動・心理症状を見た場合に、ここにあるような妄想とか幻覚とか興奮とかうつとか、それから不安とか、多幸っていう症状、とても幸せそうに見える、これは、抑制が外れてしまって、自分のやりたい放題してしまったりとか、ちょっとしたことですごく怒ってしまったりとか、それからいろんな少し異常な行動、異常と思われるような行動、例えばいわゆる徘徊なんかもそうですよね。

そういったことは、この行動心理症状の中に含まれるのですけども、そういったものは、レビー小体型認知症とかの幻覚とか鬱とかは脳から直接来るのですが、他はいろんなところからの原因で、この行動・心理症状っていうのを起こすことがわかっています。

例えば、いわゆる徘徊ということも、自分でいる場所がわからなくなったら、行くこととかわからなくなったりすることで迷うこともあるし、それから、ものがなくなったってことで、ものがなくなったように感じて、物盗られ妄想がでたりします。

それで、この行動心理症状が出たときに、脳血管障害とか、小さな脳梗塞を起こしていたりとか、それから、肺炎とか尿路感染症の膀胱炎とかそういった感染症を起こしていたりとか、それから、脱水とか、便秘、疼痛とかこういったものが原因で、この行動・心理症状が出てくる場合もあるし、それからあと、家族とか介護スタッフの不適切な対応ですとかね、それから環境の変化、場所が変わったりしたことで、旅行に行くと急に不安、混乱してしまったりとか、入院すると

混乱してしまったりとかそれから騒音があるとか、ね、非常に興奮してしまったりとか、それから、薬の副作用で、そういうことも起こることもあります。何かいろんなことで、こういったことが起こり得るということですね。

それで、いろいろ問題になるのは、家族や地域環境との関係の悪化が問題になって、例えば介護保険サービスの利用ができなかったりとか、ご家族とか、介護負担が大変だったり、虐待とかネグレクトとか、あと、認知症になるといろんな貧困とか、経済被害に遭ったりとか、それから地域から孤立したりとか、近隣トラブルとか差別や偏見に当たるが、できない認定をしまして、自動車事故起こしたりとか、いろんなことが起こりうるのですけども、そういったものは、またこれは、行動・心理症状からくる場合もあるし、認知障害から来る場合もあるし、いろんな原因で起こり得るということです。

そういった意味で、こういったものに対して、今日、受講していただいているような認知症サポーターとか、認知症カフェとか、その家族の会とかですね、こういったものが、いろいろサポートしていく必要があるというところですね。認知症っていうのはね、定義上はこういったものですがいろいろな複雑なものが絡み合っているということでもあります。

アルツハイマー型認知症について少し説明しますが、最も多い疾患で、記憶の障害で始まることが多いです。

写真を見せます。

頭のMRIというもので輪切りなのですけれども、脳の後ろの方、頭のとっぺんの後ろの方がちょっとやせてきて、この黒い隙間が増えるようになり、広く広がっているように見えたりとか、それから、顔に平行なスライスで見るとわかりやすいのですが、海馬という部分がやせてきたりします。

それからあと、脳の血のめぐりを見る検査では先ほどの頭のとっぺんの後ろの方が、ちなみに悪いところに色をつけているのですけれども、こういうふうに色がついている血のめぐりが悪かったり、脳の内側、ですね、右脳と左脳の内側のこの部分が、血流が低下しています。

これがアルツハイマー型認知症の特徴であります。

で、亡くなった人の脳を見てみると、こういった老人斑っていうものはね、顕微鏡で見ないと見れないのです。

見ることはできないのですけども、老人斑っていうものがあったりとか、アルツハイマー神経原線維変化っていう、このちょっと、シュツとしている、これが出てきたりします。

基本的には、先ほどの老人斑っていうのは、アミロイド、アミロイドβっていうものからできているのですけども、それが、ちょっと英語で申し訳ないのですが、認知症が発症する大体20年ぐらい前からたまり始めるってことはわかっています。

す。

だんだん先ほどの神経原線維変化はこの緑ですかね。

タウっていうものがたまってきて、やせてきて、軽度認知症から認知症になってくるとのことですね。

こういう順番であります。

先ほどのアミロイドがたまっているかどうかというのを見る方法としては、アミロイドPETという方法でできます。これで見るとこのように、黄色になっているのはいろいろたまっていると。

それで、全くたまっていない人はいうふうになります。

ただこのPET検査というのは、とても高くて大変なので、いろいろと、もう10年以上かけて研究しているのは、血液検査で測れないかということをやっています。

これはノーベル賞を取った島津製作所の田中さんという人です。

こちらは、前の、国立長寿医療研究センターの研究所長なのですが、こういった研究をやっています。先程のようなアミロイドPETという大変なものじゃなくて、血液をとるだけで、わかることができるような検査法を、もうほとんどでき上がりつつあるのですが、今研究を進めています。

早く見つけることの意義としては、治る認知症もあるものですから、治る認知症は早く見つける。

それから、アルツハイマー型認知症であっても、お薬はありますので、それを早くから、治療を開始することはできるし、ご本人がその後の暮らしに備えたりすることはできるということと、ご家族も、いろんな情報を、早くから手に入れて、進行抑制とか、家族の介護負担の軽減ができるということです。

これは、もの忘れで来た人なのですが、こうやって頭の中に出血があって、これを取ると、手術して抜いてやると治ってしまうのですが、こういったものがあつたりとか、これは脳腫瘍が、この人も、もの忘れで来た人なのですが、そういったものがありました。

こういった脳腫瘍などがある場合もあるので、やはり治るものは早く、治療をする必要があるということです。

アルツハイマー型認知症の、治療としては、今あるお薬というのは基本的には進行をゆっくりするのだけでも、止めることはできないということです。

だけど、いろんな今、治療が研究されていて、直接アミロイド $\beta$ を、脳から取り除くような治療が今、研究といますか、試験をされているという状況です。

今、使えるお薬は、4種類あるのですが、そういった薬は基本的にはゆっくり進行させる、症状をゆっくりするというような、何もしないとこうやって進行していくのもゆっくりするというようなところなんです。

今ある薬がこの三つです、塩酸ドネベジル、ガラントミン、リバスチグミンというものです。

これは1日1回の服用、これは1日2回で、これは貼り薬、1日1回貼ります。それ以外にもう一つ、中等度以上の人に対してメマンチンという薬が使われず。

あと、地域の職場での認知症の人にする接し方ということで、認知症の方は、すでにサポーター研修で知っておられるかと思えますけども、いろんな認知機能記憶の障害等の認知機能は進行するのだけども、感情は残っていて、とても不安が強いのだと。

それは、先ほどの行動・心理症状の引き金になるということですね。

環境への適応能力も低下しているので、できるだけ環境の変化を避けて、高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切にすることは大事です。

でもだからといって何もさせないのではなくて、できることはやってもらって、ご自身の力を最大限引き出して、充実感のある暮らしをしていただくというのは大事です。

そのためには、できるだけ、小規模な居住空間で家庭的な雰囲気、なじみのある、安定的な人間関係でもっと住みなれた地域での生活が大事ですよということです。

あと接する時の視点としては、ご本人が、非常に強い不安の中にいるということを理解して接するってことです。

より身近な人に対して、認知症の症状がより強くということが多い。

感情は保たれていて、できるだけ役割を持ってもらって、社会参加とか、介護保険サービスの利用を進めていただくと。

認知症の症状は基本的には理解可能なものとして接するという事です。

例えば、いわゆる徘徊、意味もなく歩いておられることであっても、本人に話を聞くと、仕事に行かなければとか、それから子供を迎えに行かないと。もうすでに、子供は50歳なのですよ。

ここは居心地が悪いとか、自分の家に帰りたい、この場合の自分の家というのは若いころの自分の家だったりしたりするのです。

そういったことで歩かれている場合があるので、それによって対応方法が変わってきますので、できるだけ多くの情報を集める必要があります。

あと、地域職場における支援の方法として、これは次にお話いただく認知症の人と家族の会の愛知県支部の尾之内先生にご協力いただいて、どんな対応をされてうれしかったか、愛知県支部の方にアンケートに答えていただきました。

地域で働く人に関して言うと、スーパーの店員さんが、店員さんが進んで品物を袋に入れてくれた。妻が他へ行こうとしたら、手をつないで止めてくれたとか、

買い物に2人といったとき、店内が広く、近くに妻の姿がなく、店員さんも一緒に探してくれたりとか、介護者に大変ですね。と一声かけてくれるのが心にしみるとかですね。

コンビニの店員さんが、以前毎日のように出かけたとき、店員が心得ていて、親切に対応してくれて、私が行くといろいろとありさまを報告してくれた。糖尿だったのに、ソーセージやホットドッグを買いたがり、そういうときになだめてくれる。うれしかった。

「近頃みえないね」と、気にかけてくれるとかです。

それから、喫茶店飲食店、少し段のあるお店ですが、姿を見るといつも手伝ってくださりうれしかった。

温かいまなざしで認知症の母を尊厳してくださる、いつも行ってほっとさせてもらったから、美容院とか床屋さんでは、美容院へ連れて行きましたが、だんだん足が動かなくなり、介護する側のことも考えて、家まで行ってあげるよと言ってくださった。

そして、銀行員ですね、本人の通帳を作るときに、窓口の人が認知症と察して、あまり本人を連れて行かないでも、柔軟な対応してくれた。

逆に今度は残念な、残念に思ったり憤りを感じたものとしては、銀行で、100%認知症のお母さんが悪いのですが、窓口で訳のわからないことを言う母に「警察を呼びますよ」と言ったというのです。

プライバシー保護とかいって、印鑑無くしてと説明し、私では本人じゃないから無くす前の印鑑も教えられないと。

探しようもないし、お金も出せない暗唱番号もわからないし、病気になってから怖くてもういけません。お金も出せません。悔しいしかないです。バカにしている。

郵便局員、まだまだ病気についての理解度が低く、変な目で見ることがあった。

また、保険や貯金を出す時と外出するのに本人と一緒にいっても、病気の証明書が必要で、時間がかかり困った。とかですね。

それから、あと地域に住む人の、うれしい対応としてはですね、顔を合わせたときに声をかけてくれる、「元気でいいね。おはよう、散歩に行くの。」等見て見ぬふりでないことに感謝する。

日常の挨拶後に、父・母のことを話したら、本人たちも施設に世話になった方があんきだよ。今までよくやってみえたで、あんたら偉いわと言われほっとした。施設に入った時のことを話したのですね。あと、母が歩いていると、見かけてすぐやってきて、話を聞いてくれる。

一緒に歩いて私の家までにつれて来てくださる、本当に少しだけでも、私、介護者にとってほっとできるのです。

それから、行事への参加の勧誘は、町内の祭り、運動会の行事に役員として参加していた時、認知症の夫のことを話したら、みんなで見守りするから一緒に参加してくださいと言われ、本人がとっても楽しんで、うれしい笑顔を見れた。

今もどうですかと話し掛けてくださるので感謝している。

徘徊したとき、数回一緒に探してくれた、また保護してくれたときもあった。

本人が倒れるときを見かけた小学生、近くの民家に通報してくれた。

逆に残念な対応としては、ごみ当番での近所の方の話、娘の私がいることに気がつかず、あんなふうになったらおしまいだねと言われた、私は聞こえないふりをした。

デイサービスの利用、ショートの原因はかわいそう。

家でゆっくりさせてあげたいと言われると、これはですね、やっぱりそういうサービスを使うことにちょっと罪悪感を持っておられる人にとっては、これは地雷を踏んでしまうってことです。

あともう一つ、道で行き違ったとき、お母さんしっかりしておられるじゃないのと、声をかけられたとき、これわかりますかね。

先ほど身内の人に症状が強くなるっていう、ある種の法則があって、外ではしっかりしているように見えるのだけど家の中はしっちゃかめっちゃかになっているっていう場合が多くて、そうすると、介護者の人は自分のことを全然理解してもらえないっていう、疎外感とかね、わかってもらえないってことになってしまって、残念に思ったり、憤りを感じるとかになります。

それから認知症の症状に対する無理解により、認知症本人の行動を見て、その場で大笑いされたことは悲しかった。

皆さん離れて行かれます。それからあと、行政職員、今日行政職員の方もたくさんいらっしゃいますけども、地域包括ですね、最初相談に行ったとき、親身になって対応してくれた、その後すぐ区役所の担当者が、家に相談に来た迅速な対応に感謝である。

わからないことを聞いたとき、親切に対応してくださり、書類もすぐそろえてくださいました。

と民生委員さんです。

月に1度は民生委員さんが訪ねてくれ、体調をうかがってくれたり、電報を打つ時、目の悪い母のために代筆してくれた。

ケアマネに勧められ、近隣の方にはなかなか母のことを話せないでいた父が、民生委員に話をしたところとても親切に定期的に通ってくれて、いろいろな世間話も含めて話をしてくれて、父も感謝している様子。

あと、逆に残念に思った。年齢は母と同じぐらいか上ぐらいなのに、話し掛け方が冷たい、子供扱いとか見下したようにも思えた。

よくわからないから必死に質問すれば、そんなこともわからんのか、介護する資格はないなあと小声で言われた。

自分の家族に対することではなかったのですが、他の認知症の家族のことを、他の方々に他言されているのを聞いたとき、不快に感じた。

これは、アンケートを取ったのがもう10年ぐらい前なので、こうやって皆さん、サポーター研修とかもおこしていただいて、今こういう状況じゃないことを、切に望みますが、10年前のこととして笑い話になればいいなと思っております。

ということで、今日は、認知症の基礎知識と、それから地域や職場での認知症の人への接し方についてお話をさせていただきました。

ご清聴いただきましてありがとうございました。