

認知症の現状と家族の在り方

木下 真緒

特記：本稿は関西大学文学部「インターファカルティ教育：生涯スポーツ・身体運動文化コース」へ2007年1月15日に提出した「卒業論文」に修正を加えたものである。

卒業論文（本稿の標題と同題）の提出に際して、「卒業演習」の指導教員である田村典子先生及び溝畑寛治先生から貴重なアドバイスをいただいた。その際、先生方から、本稿を関西大学身体運動文化学会の機関誌『身体運動文化フォーラム』に投稿するよう進められ、その後の修正作業の段階で伴義孝先生にもご指導をいただくことになった。本稿は、卒業論文作成のためのご指導に引き続いて、その後も、3人の先生方から数々のご指導を得て修正作業を経て完成したものである。ここに、長期間にわたるご指導に対して、感謝の気持ちを表しておきたい。

さて、本稿はこうして公開の印刷物になりますが、この経験は、私にとってはじめてのことであり望外の喜びになっている。私は、この喜びを、家族にも、そしてもちろん「祖母」にも是非とも分けてあげたいと考えている。こうして関西大学での学びの4年間を思いがけない「経験」で締め括れた喜びを、改めて噛みしめている。

はじめに

2006年1月、母から、祖母が認知症ではないかという話を聞かされた。その時は、もと

もと祖母は陽気で風変わりな素振りを時々みせる性格であっただけに、どうしても、話だけでは信じることができなかった。しかし、実家に帰って祖母と会話するにつれて、今までとは違う感じを覚えた。今までは、祖母が同じ会話を繰り返したりしても、耳が悪くなっただけだと思っていた。同じ質問を繰り返しても老化現象だからと思っていた。

けれども、母に聞かされてから以降の祖母は、通常の老化現象のほかに加えて、人から言われたことをすぐに忘れてたり、物忘れの多さがすごく目立つようになってきている。「話があるから、ここで待ってて……」と伝えても何も言われてないかのように振舞うのである。ひどく耳を悪くしてから、補聴器を買った。けれども次の日にはどこに補聴器を置いたか忘れていた。台所にはなぜかたくさんサランラップが積まれている。今までにもみられた行動であるようにも思えるのだが、でも少し何か違った。こういうことを認知症と言うのだろうか。

8月に祖母を連れて「物忘れ外来」へ検査しに行った。アルツハイマー病かどうかのテストをしてもらったのである。1回目のテストでは「30点満点中19点」であった。このときの評価では「19点以上」がアルツハイマー病の恐れがあるということだった。そして2回目のテストでは「70点満点中12点」であった。このときの評価では「11点以上」がアルツハイマー病の恐れがあるということだった。

こうした検査の結果、祖母の状態は、確実ではないものの、アルツハイマー病の可能性もあるし脳血管性認知症の可能性もあるという診断であった。

現在では、「1日1粒の薬」の服用と「定期的な診断」という対処療法を行っている。ところで、現在のところ、日本では認知症の薬と言うのは「1種類」しか出されていないらしい。それは脳を活性化させる薬であって、脳が萎縮していくアルツハイマー病を止める薬ではない。ただ萎縮する脳の進行を遅らせるという効果があるというだけのものだそうである。重度の認知症ではないことに安心したものの、いつかは完治する、完治はしなくても今のままを維持できると信じていた私は、脳の萎縮の進行を遅らせるだけの薬ということを知ってショックを感じた。それでも、萎縮を遅らせることが出来る薬ができただけでも感謝しないとイケないとも思った。

さて、不治の病と言われているこの病気をもつ可能性のある祖母に対して、これから何をしてあげたらいいのだろうか。この問題は、私たち家族の考えていかなければならない課題なのである。

認知症とはどのような経過をたどって罹病しはじめるのだろうか。認知症というのは、進行の早い人と遅い人がいるらしい。また同じ一人暮らしでも認知症になる人とならない人がいるといわれている。いったいどういう人が罹りやすいのだろうか。こうして次々と疑問が出てくるなか、「認知症」について無知な私は、これを機に卒業論文として「認知症」をテーマに取り上げることにした。

第1章と第2章では、「認知症」という病気は、どういう症状なのか、どうして起こるのか、現在どのくらいの患者がいるのかなど医学的な側面について、文献やインターネット情報をもとにして、検証しながら述べていきたい。そして第3章では、「認知症」になった患者に対して、家族が今後どのように取り組

んでいけばいいのか、そのケアの仕方やコミュニケーションの取り方などの「かかわり方」の問題について、私のささやかな経験からの学びも交えて、考えてみたいと思う。

第1章 認知症とは何か

第1章では、まず「痴呆症から認知症へ」(1-1)の用語の変更について検討してみたい。次いで「認知症とは」(1-2)いかなるものなのかについて定義的な理解を深めたい。認知症の「発症の原因」(1-2-1)と「物忘れの特徴」(1-2-2)を検討してみることにおいて、認知症の見方における理解を深めたい。次いで「認知症の原因疾患」(1-3)について、その7、8割も占めているといわれている「アルツハイマー病」と「脳血管性認知症」との相違について検討してみる。最後に「認知症の経過」(1-4)について検討してみる。第1章では、これら4題の検討をとおして、可能なかぎり、「認知症とは何か」という課題を問うてみたい。

1-1 痴呆症から認知症へ

2004年12月、「痴呆」という用語が「認知症」に変更されることになった。これで法律や公式文書から痴呆という語は消えることになる(小澤・2005)。

もともと「痴」の字は「おろかなこと、バカ」といった意味であって痴愚、痴漢、白痴などの言葉として用いられ、「呆」もまた「ぼんやりしている、あきれる、おろかなこと」といった意味であって阿呆、呆然、呆れるなどの言葉として用いられているように侮蔑語を形成している。要するに「痴呆」という熟語の個々の字のいずれにも差別的・軽視的な意味が含まれている。

このような用語にまつわる下地があって、各地の介護研究・研修センターで、痴呆性高

齢者対策が推進されようとしている頃のことである。地域で痴呆予防のための準備会を進めていたおりに、委員であるかかりつけの医師や市民から、「痴呆」という言葉を医学用語として使うことに対して否定的な意見が続出していったのであった。

こうした事情のもとに、東京、仙台、大府の「高齢者痴呆介護研究・研修センター長」の意見具申に従って、2004年6月に、厚生労働省が『痴呆』に替わる用語に関する検討会を発足させて、広く意見を求めて、従来から一般的に使用されてきた「痴呆」という呼称ないし表現を見直すことになったのである。そして、冒頭記述のように、政府による検討を契機にして「認知症」へと改名されたのである。

しかし、この改名議論においても、賛否両論がある。代表的な反対意見の1つは、現場から疑問視された、認知症という用語では「何もかも分からなくなる」「感情まで枯渇する」というイメージがあるというものである。これに対して、「言葉を替えても差別がなくなるとは言えない」ことを承知しながらも、用語の変更に賛成した小澤勲（2005）は、その判断を次のように述べている。

「用語変更が、誤解を受けることの多い認知症に対する正確な情報を世に伝える好機になると判断したからである」

本稿は、祖母の問題を契機にして書くことになったのだし、この小澤指摘のとおり用語の変更という契機によって「認知症」に対する社会の理解が高まることを期待したい。

なお、前述の厚生労働省の「検討会」では、「精神薄弱」を「知的障害」に変更した事情をも踏まえて、次の3点を新たな用語「認知症」が備えるべき要件として位置づけている。（厚生労働省ホームページ・「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書）

- ①一般の人々にわかりやすく、できれば短いこと

②不快感や侮蔑感を感じさせないこと。

③「痴呆」と同一の概念をあらわすものであることについて疑義を生じさせず、混乱なく通用すること。

これから日本は超高齢化社会を迎える。介護の問題も含めて、この社会環境の変化に即応する対策としても、この「認知症」の問題に対する社会的な理解が「一般の人々にわかりやすく」しかも「混乱なく通用する」ように正確さをもって広まることが問われている。

1-2 認知症とは

認知症とは、成人期以降に起こる認知障害で、このために日常生活に支障をきたした状態である。認知症は今日突然発症するものではない。いつとはなしに高齢者に通見られる「物忘れ」から逸脱して進行していく結果、認知症となるケースが多い。人間が毎日の暮らしを普通に続けるためには、認知機能が正しく働くことがまず必要である。認知機能とは、記憶、言語（言葉のやり取り）、見当識（時間や場所について正しく認識すること）、計算、思考、注意力などが適性に働いていて、最終的に正しい判断をすることである。

このような認知機能が低下すると日常生活におけるさまざまな行動場面において「正しい判断」ができなくなることがある。したがって、認知症とは、意欲や活力が低下し、注意力が少なくなって、情報もしっかり脳に入力されずに低下して、いわゆる「ぼけ」（註1）の状態になることをいう。（長谷川・2005）

註1：小澤勲『認知症とは何か』（2005）は、この関西圏の日常用語としてはお馴染みの「ぼけ」という用語に関して、ちなみに認知症者の家族の会は「呆け老人をかかえる家族の会」といわれるものの、この言葉は関東圏では蔑称というニュアンスがやや強いことに留意し

て使用すべきであると述べている。

小澤は、「認知症の定義」(p.2)として、「国際疾病分類」と「アメリカ精神医学会精神医学診断統計便覧」などからその「中核」を抽出して次のような定義を支持している。

「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態で、それが意識障害のないときにみられる」

日常生活や社会生活が営めないということは「当人」のみでなく、家族や周りの人々との関係においても、深刻な問題を引き起こすことにもつながる。そこで本稿では、認知症の予防や進行防止の方法を探すためにも、次に、認知症の発症についての理解を深めておきたい。

1-2-1 発症の原因

まず、認知症と遺伝の関係はどのようなのだろうか。医療法人社団茜会のホームページによれば、遺伝性の「アルツハイマー病」もあるが、その出現率は極めて低くて全体の2~3パーセントであると言われており、35歳から60歳くらいまでに発症する。こうした統計からすれば、家族に認知症患者がいたとしても、たとえば「いまの私」のような立場にあっても、あまり心配することはないようだ。

次に、発症しやすい人はいるのだろうかという問題も調べておきたい。財団法人東京都老人総合研究所の「地域における痴呆予防活動」というサイトによれば、スウェーデンにおける研究事例において、一人暮らしで友人や子どもたちとの交流の少ない人たちに認知症を発症する割合が非常に高いことが報告されている。また、同研究所によれば、認知症の初期段階の人にとどのような変化がみられるのかということも、だんだんと分かってきている。たとえば、日常生活はしっかりとできていても、物忘れの自覚があったり、実際に

物覚えが悪くなっている人は、年率で「12%~15%」も認知症になっていくことが報告されている。また、現在では、遺伝的に発症の危険因子を抱えている人たちも検査を受けることで発見できるようになってきているらしい。

このようなリスクの高そうな人を認知症予防の対象に含めないとすると認知症予防の意味は半減するはずだ。予防の対象の多さは、保健所や役所のマンパワーだけでは対処できない。そこで同研究所では、認知症予防対策として、住民が自ら対策方法を学んで、自立的な活動として生活習慣的に心がけるべきであると警告している。

どうやら、認知症は、生活習慣的に心がけることによって、かなりの高率で、予防や進行阻止も可能であるようである。となれば、認知症患者を抱える家庭では、当人のためにも家族のためにも、この「予防と進行阻止」という問題は大きな課題となるはずである。本稿では、この課題という観点に立って、次に認知症における「物忘れの」特徴という問題を整理しておきたい。

1-2-2 物忘れの特徴

ここでは、長谷川和夫『認知症を正しく理解するために』(2005)を参考にして、次の3点について、認知症の特徴としての「物忘れ」(知的機能の低下)の実態をみておきたい。

(1) 体験の全体を忘れる

健常者は体験の一部のみを忘れるので、体験のほかの記憶から、物忘れした部分を思い出すことができる。しかし、認知症の物忘れは体験全体を忘れるので、思い出すのが困難である。ちょっと前のことを「すぼっ」と全部忘れていく。この特徴的な物忘れをエピソード記憶と言う。人間の人生は、過去、現在、未来と言う体験の流れにのって繋がっている。ちょっと前にはこういうことをしていたなど、

その人生の流れをたどって振り返ることができるが、エピソード記憶が低下することで、その流れが「点」となってしまう、繋ぐことができなくなってしまう。

(2) 進行する

認知症では、物忘れだけにとどまらず、症状が判断の障害へと進行することになる。たとえば、場所の見当がわからなくなったり、時間の見当がつかなくなったりする。それから大きな記憶のミスがあって、「お札」を「机」の上に置いていたと思い込んでしまったり、そこに現物が見当たらないなどのときに、「あなたが盗った」というような被害妄想的な判断をしてしまう場合がある。さらに症状が進行すると、だんだんと脳の中の認知機能を担当する神経細胞が破壊されていき、人の顔を認知できなくなったりする。

(3) 自覚を持たない

健常者の物忘れでは、「あっ忘れた」「名前が思い出せない」と言うことが起きるが、その忘却を「困った、何だっけ」と自覚する。しかし、認知症の人の物忘れの場合は、自覚することができない状態になる。もちろん一変にこのように自覚をもてなくなる状態になるわけではなく、徐々に自覚がもてない状態になっていく。認知症初期には自分の物忘れに気がついていることもある。そのために気分的に落ち込んだり、うつ的になる人もいるが、認知症が進行するにしたがって、忘れていくこと自体を自覚できなくなってしまう。

1-3 認知症の原因疾患

小澤（2005）によれば、「認知症は症状レベルの概念」（p. 17）であって、いくつかの症状の集まりを言い表している。その意味で認知症には必ず原因となる疾患がある。

その主な原因疾患は「アルツハイマー病」と「脳血管性認知症」である。これまでの日

本では、以前は脳血管性認知症のほうが、アルツハイマー病に比べ、「3対2」くらいの割合で多かったが、近年になって、アルツハイマー病が増え、現在では「2対3」の割合でアルツハイマー病のほうが逆転して多くなっている。またアメリカでは認知症の原因の約80%がアルツハイマー病といわれている。この2つの原因疾患で認知症「7、8割」を占めるが、この2つの他にも「レビー小体病」や「前頭型頭型認知症」や「硬膜下血腫」や「脳腫瘍」などと認知症の原因疾患は100近くも数えられている。（長谷川・2005）

長谷川（2005）は、「アルツハイマー病と脳血管性認知症の比較」（p. 49）について、「表1」のように明快にまとめている。このような比較表は「認知症とは何か」の問題を理解するうえで、門外漢にとっても理解を深めやすいので、冒頭に採り上げておきたい。そのうえで、ここでは「アルツハイマー病」（1-3-1）と「脳血管性認知症」（1-3-2）について別々に検討を加えてみて、最後に「両者の比較」（1-3-3）についで簡潔な要約を試みておきたい。

表1：アルツハイマー病と脳血管性認知症の比較

（長谷川・2005）

	アルツハイマー病	脳血管性認知症
発症年齢	70歳以上に多い	60～70歳に多い
男女比	女性に多い	男性に多い
自覚症状	なし	初期段階にはある（頭痛、めまい、物忘れなど）
経過	少しずつ確実に進行する	段階状 良くなったり悪くなったりする
人格の変化	しばしば明らかに見られる	比較的少ない
合併する病気	なし	高血圧、糖尿病、心疾患、動脈硬化など
特徴的な症状	落ち着きがない、多弁、奇異な屈託のなさ	感情失禁、うつ状態、せん妄
生き方	共同性に偏している	自己主張の強い個別性

1-3-1 アルツハイマー病

アルツハイマー病（表1参照）は、進行性疾患であり、原因はまだ良くわかっていないが、徐々に脳の神経細胞が死滅、脱落して、その結果、脳が萎縮し、退化することで記憶や思考、行動が減退する疾患であると言われている。

この病気には65歳以前に発症する早発性のものと、それ以降に発症する遅発性のものがあり、前者を「アルツハイマー病」といい、後者を「アルツハイマー型認知症」と呼ぶことがある。しかし、両者の脳には、神経原線維変化や老人斑などが見られる特有の顕微鏡所見において、基本的な違いはないとされている。

高齢化が進むに連れて日本でも他国と同じようにアルツハイマー病が増えている。世界では1000万人のアルツハイマー病患者がおり、日本では2005年調べでは、187万人である。2050年には約487万人になると予測されている。さらに65歳以上では2~6%が発病していると言われている。（西山・2006）

最近の研究では、アルツハイマー病の発症には、高血圧や高コレステロール血症などの血管性因子が関わっていることが明らかにされている。しかし血管性因子が発症に関わっているにしても、血圧も正常で脳卒中の発作も起こらず、そして体もいたって健康な状態にもかかわらず、脳の神経細胞だけがどんどん死滅していくという例が増えているようである。したがって、発病の時期もはっきり特定できずに、なんとなく物忘れがひどくなっていき、初めて異変に気づくというケースが増えている。

1-3-2 脳血管性認知症

脳血管性認知症（表1参照）とは、脳の血管が詰まったり（梗塞）、破れたり（出血）した結果、その血管で酸素や栄養を供給されている脳の部位が損傷を受け、認知症に至る

疾患である。だから、もともとは血管の病と考えられ、医学的治療や予防を論じる時には、アルツハイマー病などとは全く異なる疾患として考えなければならない。

脳血管性認知症は、脳出血とか脳梗塞などの脳卒中発作に引き続いて起こる認知症で、その原因がはっきりしている。また、脳卒中発作が起こるたびに、階段状にストンストンと落ちるように進行していくことが観察されている。発症者は、多くの場合、高血圧状態にあって脳卒中発作を起こすことによって、片麻痺や構音障害（舌のもつれ）などの身体症状と一緒に物忘れなどの症状が出るといわれるように発症の経緯がはっきりしている。近年では、脳血管障害そのものに対する治療法が進歩したことに加えて、人々の生活習慣病に対する意識も高まってきており、普段から食生活に気をつけるなど、動脈硬化の予防や高血圧のコントロールに努める人が増えてきたことによって、脳血管障害による認知症が少なくなったと言われている。（小澤・2005・p.19）

1-3-3 両者の比較

小澤（2005）によれば、「アルツハイマー型認知症」と「脳血管性認知症」はまったく異なる疾患である。前者は変性疾患で「脳」の病だが、後者はもともと「血管」の病である。アルツハイマー型認知症は、まず人柄の変化が始まり、それが認知の障害に及び、さらに重度になると意識の障害を生じる。ところが、脳血管性認知症の場合はこれとまったく逆で、まず梗塞、出血などによって意識障害が生じ、そこから回復しても認知障害が残存し、礼儀や規範といった社会的人格はかなり認知症が深くなるまで比較的保持される。（図1参照・pp.58-60）

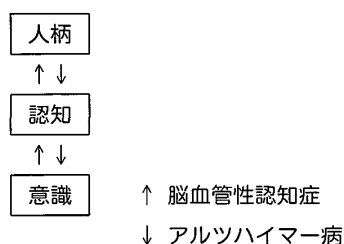


図1：認知症の経過（小澤・2005・p. 60）

そこで、同じく小澤によれば、両者は異なる疾患であるので「ケアの主要課題」（p. 58）が当然のことに異なってくる。アルツハイマー型認知症の場合には、医学的に原因不明であるから、患者一人ひとりの身体的な行動上の「体験」や「状況」に則した「ケア」が必要になってくる。これに対して、脳血管性認知症の場合には、その原因となっている血管障害の再発を防ぐことと、高血圧症などに備える食事療法などの「ケア」が求められる。もちろん脳血管性認知症の場合にも身体行動上の「状況」に見合った「ケア」も必要なことは言うまでもない。

1-4 認知症の経過

およその病は、その始まり（初期症状）においても、病態の特徴がはっきりと現れるようである。しかし、アルツハイマー病に関しては、私の祖母もそうであるように「いつ始まったのか」という初期症状においても、はっきりと所見の判定がしにくい場合が多いらしい。ここでは、脳の神経細胞が徐々に減少していくので症状も徐々に進行する「アルツハイマー病」に焦点を当てて、その病状の進行経過について考えてみたい。

1-4-1 初期症状

アルツハイマー病は潜行性で始まっている場合が多い。つまり「年のせい」という傍目から見た判断などで済まされてしまう。「記憶の衰え」から始まって、周りが気づいたときには、「あれが認知症の始まりだったのか」と後追いで追認するというケースが多

いのである。そこで私は、祖母のケースに行き当たって、調査を試みることになった（木下・2006）。

調査方法は、インターネット上で、患者の家族に質問する方法で行った。アンケートは「あなたが、患者のある異常行動に接して、それは認知症の初期症状ではないかと疑問を抱いた瞬間は、次の7つの選択肢のうち、いずれに該当しますか。該当する項目を複数回答してもかまいません」という質問内容により調査した。

- ①同じことを何度も、尋ねてくる。
- ②簡単な物や人の名前が思い出せなくなる。
- ③金銭・通帳などの収納場所を忘れて大騒ぎをする。
- ④家にある物と同じ物を何度も買ってくる。
- ⑤使用後のトイレで水を流さない。
- ⑥普段テキパキとできていたことを急にしなくなる。
- ⑦会話がかみ合わない（違う相手としゃべっているよう、作り話をする）。

アンケートをとった結果、最初の変化への気づきとして、「同じことを言ったり聞いたりする」「物の名前が出てこなくなった」を挙げた家族が「4割以上」で、「財布を盗まれたと言った」「蛇口やガス栓の締め忘れが目立った」などのコメントを書き加えてくれた家族もあった。しかし、そんな変化に気づいた家族の中でも、すぐに患者を専門医などに受診させたのは「1割」にも満たず、「7割」は患者が専門医によって最終的に認知症と診断されるまでに「2年以上」もかかる結果となっている。

こうした結果の背景には、「年のせいにして」「この程度での受診に気が引けたりする」という認識不足や「認知症を疑ってはいても、どうせ進んでしまう病気だから仕方がない」という誤解や「周りの人に認知症を知

られたくない」という世間体などが影響していると考えられる。

そこで、念のために、専門医が指摘する認知症の始まる症状を調べてみると下記の3点があげられる。(「あなたの健康百科・認知症の初期症状」参照)

- ◆認知症の初発症状として周囲に気づかれる記憶障害は、エピソード記憶(註2)の障害であることが多い。
- ◆アルツハイマー病にはその初期から病態失認的態度が見られる。つまり、一見記憶障害に思い悩んでいるかに見えても、一つ一つの物忘れのエピソードに対しては、意外なほどに動揺を示さない。
- ◆アルツハイマー病の初期患者は、日常生活上のつまずきが蓄積して生じる不如意の感覚、つまりなんとなくうまくいっていないという感覚、あるいは自我が解体していく予感と不安が存在する、と述べている。

註2：本稿の「1-2-2」の「(1) 体験の全体を忘れる」(本稿p.000)を参照。エピソード記憶は「1回限り」の学習機構である。あるエピソードを1回だけ体験してみることで記憶してしまうことをいう。一方で、「意味記憶」は繰り返し同じ事物に触れるたびに脳内の意味の内容が変化していく。上記の私のアンケート(木下・2006)の関係でいえば、エピソード記憶の喪失とは、「いつ、どこで、なにをしたのか」という記憶障害をいう。

1-4-2 中期症状

中期になると、記憶障害は近時記憶だけではなく、長期記憶にも及ぶ。簡単な計算も難しくなり、つり銭の計算ができなくなる。見当識障害は時間だけではなく、場所にも及び、

通いなれた道でも迷子になる。言語障害が進み、「あれ」「それ」といった代名詞が増え、文法も乱れてきて、文脈を追いにくくなる。

初期は記憶障害を主徴候とし、妄想や不安などの精神症状を伴うことが多かった。ところが中期では行動障害が前面に出てくる。そのため介護が困難となり、本人の混乱も大きくなるので、「混乱期」とも呼ばれている。主な症状は次のとおりである。(小澤・2005)

- ◆徘徊、いらいら、気分の急激な変動が見られる。
- ◆興奮や攻撃的な言動が見られる。
- ◆自分の物と他人の物の区別がつかなくなり他人の物を無断で持ち帰る人もいる。
- ◆火の始末が厄介な問題となる。
- ◆いくらでも食べてしまう多食、食べられないものを口にする異食が問題になることもある。

1-4-3 後期症状

さらに進行すると、高度の知能の低下が起きて、言語活動が少なくなってくる。口の中でつぶやくだけで、何を言っているのかわからず、ただ単語を羅列しているだけの状態になる。覚醒・睡眠のリズムがはっきりしなくなり、一日中うとうとと眠っているような意識状態になり、全体的に身体ケアの比重が増す。やがて本当に植物状態になり、自分らしさを失うようになる。主な症状は次のとおりである。(小澤・2005・pp.56-57)

- ◆食べ物や飲み物も難しくなる。
- ◆失禁する。
- ◆歩行も難しくなり、寝たきり状態になる。
- ◆けいれん発作がみられる。

このように初期から中期を経て後期になるまでは、短い人で「4~5年」、長い人では「10数年~20年」もの時間をかけて徐々に進行していく人もいる。しかし、若年発症の例は経

過が早いのが通例である。一方、70歳代発症者の中には、ごくゆっくりと進行し、長い経過の後に天寿を全うするというような穏やかな死を迎えられる人も稀ではない。

第2章 認知症への理解

第2章では、私の祖母のことを考えて、将来的にも現在としても、どのように家族で対応すればいいのかという問題の参考になることを文献やインターネット情報検索などを頼りにして検討してみた。検討の内容は、「認知症の適応薬『アリセプト』」（2-1）、「新薬『トラミプロセート』の開発」（2-2）、「映画『明日の記憶』」（2-3）、「患者への告知」（2-4）である。

2-1 認知症の適応薬「アリセプト」

アルツハイマー病の病態が徐々に解明されていく中で、1970年代には記憶を担当する神経伝達物質である「アセチルコリン」を分泌する神経系が選択的にまず冒されるという研究成果が発表された。アルツハイマー病では、このアセチルコリンが減少するため、物忘れのひどい状態になる。そこで、まずアセチルコリンを増やす薬「タクリン」が開発された。しかし、この薬は副作用が強すぎて日本では使用されなかった。その後「アリセプト」（一般名＝ドネペジル）という現在唯一認知症の薬として扱われている薬が登場した。

アリセプトは、初期から中期のアルツハイマー病に効果があることが実証され、日本では1992年12月に厚生省が認可した。現在では50カ国以上がアリセプトを採用している。

アリセプトは1日1回の投与でよく、副作用が軽いのが利点である。アリセプトは、日本の製薬会社『エーザイ』の筑波探索研究所で作られた国産の薬である。開発グループの代表、杉本八郎博士は、薬のノーベル賞とも言われるガリアン賞を1998年に授与されている。

そのアリセプトには次のような効果がある。（長谷川・2005）

- ◆落ち着きが見られ、置忘れが減少する。
- ◆会話の疎通性が良くなる。
- ◆思い出すまでの時間が短くなった。
- ◆家族と他人を間違えることが減る。
- ◆手順を整えるという遂行の障害が軽減される。

このアリセプトの効果について、さらに三宅貴夫編の「認知症なんでもサイト」で調べてみると、行動・認知機能の面で、同薬の投与されない自然経過時と比べて、約10ヶ月進行が抑制されることがわかった。アリセプトが開発され、今まで全くなかったアルツハイマーの治療薬にこういう薬ができたことは患者にとっても私たち家族にとっても非常にありがたいことである。しかし、投与期間がおよそ1年位すると、アセチルコリンを担当する神経細胞自信がなくなり、薬の効果は見られなくなってしまふ。認知症の進行を遅くすることは出来るが、原因を無くすことは出来ないのである。

2-2 新薬『トラミプロセート』の開発

アメリカでも、認知症患者は多く、成人病ではないかという考え方もある。

アルツハイマー型認知症の治療薬として、日本国内では現時点ではアリセプトしか薬として承認されていないが、アメリカではアリセプトの他に、「ラザダイン」「ナメンダ」「エクセロン」の計4種類市販されている。現在、日本国内で「ラザダイン」と「ナメンダ」については、臨床試験が行われているところである。ただし、「エクセロン」については、アメリカでは内服薬として市販されているものの、日本では吐き気・嘔吐をもよほす患者が続出して開発が断念された経緯がある。この4種類の薬はいずれもアルツハイマー病の進行を1年程度遅らせるものである。

しかし、カナダのニューロケム社が開発し

た新薬「トラミプロセート」は進行を止めてしまうという薬で、現時点で最も実用化が期待されている薬であるといわれている。

現在、アメリカとヨーロッパで、最終段階の臨床試験が行われており、どちらも1000人以上が参加している。これまでの臨床試験では初期のアルツハイマー病の70%の人の進行が止まり、大きな副作用は報告されていない。まだ市販はされていないため、一般の人が手に入れることはできないが早ければ2年後には実用化されるかもしれない。アメリカではもう少しで申請される段階であるとのことだが、日本国内では今のところまだ臨床試験は行われていないようである。NHK特集「シリーズ認知症：その時、あなたは」（2006年12月17日）によれば、まだまだ先のことになるそうだ。

ところで、近い将来、認知症に「治療」が登場する可能性が大きくなったことには変わらない。安全ですぐれている薬が、早く世の中にでてきてほしいと願う。

2-3 映画『明日の記憶』

渡辺謙主演の映画『明日の記憶』が、夫が若年性アルツハイマー病に突然襲われ、その宣告から懸命に病氣と闘う夫婦の生きていく様子をリアルに描いた映画がある。2006年に話題となった渡辺謙主演の『明日の記憶』である。私も鑑賞したのだが、こうしてさまざまな形で話題になることによって、認知症に関して一般の理解が急速に進展するように思われる。

認知症の症状には、患者の誰にでも現れる記憶障害、見当識障害、思考障害などの中核症状と呼ばれる症状と、人によって現れ方が全く違う抑うつ、不安などの精神的障害、徘徊、便いじり、攻撃性といった行動障害などの周辺症状という2種類の症状がある。

映画『明日の記憶』で渡辺謙は、勝気で負けず嫌い、エネルギーがあって、年より若い

といわれ続けてきた頑張り屋で、人生を自分の力で乗り切るサラリーマンの役であった。だが、こういうタイプの人にこそ、激しい周辺症状を示す特徴があるようだ。いわば、面倒見はいいのだが、面倒を見られるのが下手な人達であって、自分が面倒を見られる側に回ったことをうまく受け入れられないタイプなのである。こうしたタイプの人に現れやすい周辺症状は次の諸要因の複雑な絡みから生成されるらしい。

◆認知症の種類、進行の加速度、合併症の有無など、病の側の要因。

◆病を抱えた当人の人柄や生活史などの個人的要因。

◆彼らが今、どのような状況、あるいは人と人とのかかわりにおいて生きているかという状況的要因。

この映画を鑑賞した私は考え込んでしまった。「もし自分がそうなってしまったら…」とすごく怖くなった。迫真のストーリーが私の脳裏に刻み込まれている。

今この時を書き留めておかないと、永遠に失われてしまう気がしてくる。記憶がなくなっていくだけではなく、人格も失われていく。知らない街に突然放り出されたような絶望感。きっとどうして自分が？ なぜこんな事に？ という気持ちを抱くと思う。しかし、ある日突然全てを忘れてしまうという恐怖。誰もが、まさか自分にこの病気がふりかかってくるとは思っていない。何もかも忘れてしまいたいと思うこともある。だからと言って、自分さえも忘れてしまうという恐怖は計り知れない。この作品の主人公には、支えてくれる奥さんがいる。その時が来てしまった時に支えてくれる人がいるという事は幸せだと思うと同時に、その人の負担を考えれば、やるせなくなる。でも、相手を思いやる気持ちさえも消えてしまおうとしたらどうすればいいのか？ そして身近にいる人間が、こうなってしまった時、支える事は出来るのだろうか？

などいろいろな考えさせられる映画だった。人間の記憶には、出来事、知識などを心に取り込む「記銘」、それを心の中に留めておく「保持」、その情報を再び取り出す「再生」、これに取り出された情報が以前記憶されたものと同じであると確認する「再認」がある。認知症の患者でも、心に深く刻まれた情動を伴う経験は忘れないらしい。だから患者の心に届くような思い出をいっぱい詰め込んで、再生されないまま埋もれている記憶をどんどん引き出して行ってあげたいと思った。映画鑑賞とはいえ、祖母の病に直面している境遇の私にとって、そこには「学び」と「気づき」があるのだ。

2-4 患者への告知

将来自分が認知症になった場合、告知を希望する人が80%を超えることが、分かった。これは、約2000人の一般市民を対象にして、国立長寿医療センター（愛知県）の荒井由美子長寿政策科学研究部長らが実施した意識調査の結果である。この報告は東京都内で開催された日本老年精神医学会で発表されたものである。そして、根本的な治療法が確立していない認知症の告知には、賛否両論があって、論議に一石を投じるデータとして注目されている。

調査は平成16年に実施されたものである。協力が得られた全国の20～70歳代の一般市民2012人の回答を集計した結果が次のように報告されている。

調査では、認知症になった場合、「知らせしてほしい」（81%）、「知らせしてほしい」（19%）で、男女差はほとんどなかったが、告知希望率は20歳代の「85%」や30歳代の「89%」に比べて、70歳代では「69%」であった。若者と高齢者で受け止め方がやや異なることが判明している。

また、告知を希望した人に誰から説明を受けたいかと尋ねると、「医師から」（83%）

「家族から」（17%）という結果であった。

認知症と分かった時に感じるであろう気持ちは、配偶者や子どもに対するものが多く「介護負担をかけるのがつらい」「精神的な不安を感じさせるのがつらい」「経済的負担をかけるのがつらい」が多数を占めた。「今の生活が壊れてしまうのが嫌」「ショックで何も考えられない」などと回答した人は、告知を希望しない傾向がみられた。

認知症をめぐる精神的ケアの体制が整っていないことなどを背景にして、告知している医師は半数にとどまるのが別の研究者による調査結果で過去に発表されている。一方、患者の自己決定権尊重の立場から告知を推進すべきだとの意見もある。

日本経済新聞の記事（2006年7月1日・夕刊）が次のように報道している。

荒井部長は「物忘れなどの症状が出た後も本人に病気との認識がないケースも少なくないが、早期に治療を始めることで症状の進行を遅らせることができる場合もある。家族への支援も含めて、告知の在り方に関する議論を深めていく必要がある」と話している。（引用者要約）

私は、祖母のことを考え合わせながら、この「告知」のことを「ブログ」で調べてみた。そこで、同じ境遇にある事例を多く見つけることができた。以下の記述はそうした「事例」を参考にしながら、私の祖母に当てはめて、まとめたものである。

ところで、私の家族は、祖母に認知症であることを伝えた。祖母の娘から祖母に告知をした。しかし、祖母は認知症という病気が老化により起こる一種の病気と認識しておりそれほど重く考えていないようだ。でもその受け止め方がかえっていい傾向を見せた。祖母は呆けないように、それか周りの人に呆けていると思われないようにしっかり自分ができることをするようになったし、車の運転の対応にも告知以前までは「みんなが私の足を奪っ

て…」などと嘆いていてキーを取り上げることで家に引きこもらないか心配だったが、自分が病気ということを理解し、最近では自転車に乗るようにもなった。認知症と診断した場合、その根拠や治療方針を、患者本人にできるだけ早い段階で伝えることが大切だと思う。それが全ていい方向に行くかは患者の受け入れ方次第だが、患者が自分の状態をしっかりと認識することで症状が改善するケースも報告されており、事実を正確に伝えることが病気と向き合う患者の力を引き出すのは他の疾患と変わらない。治療の主体は医師ではなく、患者自身であることを医療現場はしっかり認識していくべきだと思う。

第3章 家族がしてあげられること

本稿の主題は「認知症の現状と家族の在り方」である。第3章では、「認知症患者への対応」(3-1)、「認知症を防ぐ食生活」(3-2)、「進行の予防薬」(3-3)、「共にすごすための10ヶ条」(3-4)の問題を検討してみて、日常生活におけるさまざまな視点から、家族の役割として「してあげられること」のガイドラインを提示してみたい。

3-1 認知症患者への対応

認知症患者への対応について、私の祖母のことを考えながら、「金銭面」「繰り返し」「食事面」「幻覚」の問題を、三宅貴夫編「認知症なんでもサイト」を参考にして、検討してみた。また、「私の調査」(木下・2006)を参考のために供しておきたい。

3-1-1 金銭面

「お金がない」という認知症の人に、基本的に逆らわないこと。「そうですね、困りましたね」と対応するのがよい。「そんなこと絶対にありません」と直接的に否定して説得しようとするとう認知症の人は困惑し、かえって

問題行動がひどくなり、110番へ電話したり、近くの警察に話に行く恐れがある。財布がなくなって、たいてい最初に疑われるのは、身近な妻か息子の嫁の場合が多いそうだ。その時は「お義母さんはそう言われますが、私はそんなことをしたような覚えはありませんよ」とやや婉曲な言い方で否定するのがよい。また見つかった時には「よかったですね」と一緒に喜んであげるのがよい。お金に執着が強かったり、お金をもっていないと不安な時は、実際に紙幣を渡しておくか、それでも何度もなくすようであれば認知症の人の判断能力を見ながら子どもの使う玩具の紙幣で納得してもらえることもある。

3-1-2 繰り返し

認知症患者に対する「さっき聞きました」とか「何度言ったらわかるの」は禁句といってもよい。認知症の人自身は初めてのつもりで話し聞いているので、そのようなことを言われると感情的に混乱したり怒ったり気持ちが落ち込んでしまう。介護者は、何度聞かされていても初めてのつもりで聞き、答えることが基本だ。とはいえこうした対応を1日中繰り返すことは介護者には耐え難い。「午後3時に話をしましょう」とか「子どもさんは明日来ます」と紙に書いて目のつくところに張ってみるのもよいかもしれない。

3-1-3 食事面

認知症患者は、食べることへの不安や執着があり、その気持ちを軽減しなければならない。食事を欲求する度に食べてもらい、満腹感でそれ以上求めなくなることもある。食べ終わったことを確認するために食器を片づけない方がよい。これでも不安があると昆布などを嚙んでもらうだけで安心することもある。あるいは紙に朝食、昼食、夕食と書き、食べ終わるたびに消すことで安心するかもしれない。注意しなければならないのは、夜間など

本当に空腹で食べ物を欲求することがあることもある。

3-1-4 幻覚

夕方や夜間、天気の悪いとき、昼寝のあと、体調の悪いとき、視力障害や聴力障害のあるときなどに、実際にはないものが見えたり（虫がいるなど）、聞こえたりする。そんな時は、話のつじつまを合わせ、嫌がっているものが見えるようなら、追っ払ったり、片付ける格好をすると良い。症状が治まってからは、照明の工夫によって、部屋を明るくしたり、幻覚を誘発しているもの（壁のしみなど）があれば取り除くようにすると良い。

3-1-5 私の調査

インターネット上で「認知症の家族を持った今、気をつけていることは？」というアンケート（木下・2006）をとったところ、以下のような意見がえられた。

- ◆記憶がなくなるという事から今何して
いたんだろうとパニックになること多々
あるからそういった不安に陥らない様に
日頃注意している。
- ◆刺激のためのカラオケに行き、一緒に
外出して脳に刺激を与えるようにして
いる。
- ◆感情的にならずゆっくり話を聞く。ゆっ
くり話をする。
- ◆同じ質問をされても、初めて聞いたふ
りをして何度も答える。
- ◆症状が悪化した現在は、気を高ぶらせ
ないように何でも受け答えし、理性が
なくならないよう気をつけている。

介護者が心も体も健康な状態で介護を続けるといっても、すごく大変なことだと思う。ストレスをため込まないように健康状態が不調だと思うときは、無理や我慢をしないで、いろいろな人やサービスに頼って、気軽に医

師や専門家に相談してほしい。また、気晴らしをすることも必要である。

認知症のお年寄りは、長年生きてきた人間としての自信と誇りを持っていて、その人なりに自分の感じとった世界で懸命に生きていて豊かな感情があるのだということを十分理解し、お年寄りの生活をいきいきしたものにしてあげたい。

3-2 認知症を防ぐ食生活

和食がお勧めである。まず、認知症患者が「気をつける」（家族＝介護者が気をつけてあげること）べきことを、私が各種資料から合成した目安として、提示しておきたい。そして「禁煙・節酒」「栄養」の問題も指摘しておきたい。

3-2-1 気をつけること

認知症患者に対しては、可能なかぎり家族が、下記のような日常生活における万般にわたって、気をつけてあげることが肝要だと思われる。

- ①楽しい雰囲気ですべてを摂る。
- ②よく噛む（頭の働きを活発にさせる）。
- ③脂っこい食事を続けない（脂身の肉は1食約20～30gが適当）。たまには200gのステーキを食べたとしても月に1～2度くらいなら良い。
- ④たんぱく質の摂取（脂肪の多い肉類より、魚や大豆製品から摂る）。
- ⑤ミネラルやビタミンの摂取（1日30種類くらいの食品を魚介類、海藻、緑黄色野菜から摂ると良い）。
- ⑥塩分は控えめ（1日10g以下）。また、塩や醤油での濃い味付けを避けて、酢の酸味・ゆず・レモン・すだちの柑橘類や、からし・しょうが・カレー類などの香辛料を使って味付けする工夫をするとよい。

3-2-2 禁煙・節酒

1998年に発表されたロッテルダム地域調査では、たばこを吸っている人は吸わない人に比べてアルツハイマー病にかかる比率は2.3倍になると報告されている。

お酒についても、深酒の習慣はアルコール中毒を招き、やがてアルコール性認知症になることが知られている。しかし、適量の飲酒は全然飲まない場合よりも認知症の発症は少ないといわれている。赤ワインに日常親しんでいるフランスの研究では1日グラスで3~4杯飲んでいる人は、まったく飲まない人に比べてアルツハイマー病の発症率が1/4であった。しかし赤ワインの量が5杯以上だと、かえって発症率が高くなるという。要するにほどほどの量がよい。

結論としては、たばこは吸わないこと、お酒は度を過ぎさないビールは2本、ワインは2杯くらい、ウイスキー水割りは2杯、酒は2合以下というくらいが適量である。「認知症緩和ケアとしてのタクティールケア」より)

3-2-3 栄養

認知症患者にとって気をつけたい「栄養」について3つに分けて提示しておきたい。

(1) ビタミンEを豊富に含む食品

うなぎ・たらこ・豆類（アーモンドなど）は「ビタミンE」を豊富に含んでいる。ビタミンEは活性酸素を取り除く大切なビタミンである。また、酸化を受けやすい多価不飽和脂肪酸を保護するから、その摂取量によって必要量が増すと言われている。脳には脂質が多く含まれていて活性酸素による破壊を受けやすいので、特に注意が必要である。

アルツハイマー病を防ぐのにビタミンEの投与が有効であるという報告も多いのが、認知症を発症して脳の組織が壊れてしまっただけからでは、ビタミンEによる修復は不可能と考えられる。そのためにこそ効果があると考え

られ、特にアポE4というたんぱく質を持っている人は、活性酸素の害を受けやすく、アルツハイマー病になりやすいので、ビタミンEがその予防に有効的である。

また、脳血管障害の原因になるのは動脈硬化だが、この場合活性酸素によって悪性コレステロールと呼ばれるLDLコレステロールが酸化されて酸化LDLコレステロールになることがもっとも危険なのだ。それを防ぐにはビタミンEが役立つ。「脳に役立つ栄養素・食品」より)

(2) ビタミンB群を豊富に含む食品

卵黄・豚肉・味噌・ビール（適量）は「ビタミンB群」を豊富に含んでいる。ビタミンB群というのは、ビタミンC以外の水溶性ビタミン8種の総称である。三大栄養素（炭水化物・たんぱく質・脂質）はさまざまな酵素で分解されるが、すべてのビタミンB軍はこれらの酵素を助ける補酵素の構成材料になる。脳は糖質からエネルギーを取り出すために、まずビタミンB1を使う。ナイアシンとビタミンB2は脳細胞の呼吸に欠かせない。ナイアシンの欠乏による症状として皮膚炎を伴う認知症などがある。

また、ビタミンB6は脳でのアミノ酸代謝に必要である。そして、最近話題になっているのが葉酸である。日本人の17%に葉酸の欠乏を起こしやすい遺伝子を持っている人がいて、その人たちは栄養所要量の1日量を満たしていても、将来的に脳梗塞や認知症を起こしやすいことがわかっている。

(3) DHAとEPAを豊富に含む食品

マグロ・イワシ・その他の魚類は「DHAとEPA」を豊富に含んでいる。自然界の中で、DHA（ドコサヘキサエン酸）を含む食品は魚介類に限られ、陸上動物の肉や植物には一切含まれない。消化器から吸収されたDHAは、主に脳や網膜・心臓・精巣などに

運ばれるが、その中でもDHAの含有量が最も多いのが脳である。

DHAとEPA（エイコサペンタエン酸）の2つの脂肪酸は魚油に多く含まれる。これらの脂肪酸は血液をサラサラにして心筋梗塞の予防になるので、魚の摂取量が多い離島住民に健康で長寿の人が多いのはこれらが一因と考えられている。その後の研究で、魚油はアルツハイマー病と脳血管性認知症の両方を防ぐだけでなく、脳の働きを高めて知能テストの成績も上げることが報告されている。DHAとEPAはサプリメントの形でも販売されていて、魚を食べなくても簡単に摂取できるようになった。

しかし、サプリメントなどで摂取が偏りすぎると、出血したときに血が止まらなくなってしまう恐れもある。植物油や動物脂肪に含まれる「リノール酸」とのバランスが必要である。

EPAはマグロやイワシ、アジ、サバなどの身に多い。DHAも同様で目玉の周辺にもたくさん含まれる。イワシなら毎日1～2匹食べれば十分な予防効果が期待できると言われている。

こうした栄養分を効率よく取る調理法は、刺身などで食べるのが一番。煮魚や焼き魚でも問題ない。ただ、てんぷらやフライの揚げ物にすると栄養分は失われやすい。（本田・2006）

3-3 進行の予防策

進行の予防策としては「運動や体操」「趣味を持つ」「回想法」などが有効とされている。

3-3-1 運動や体操

手軽に出来る運動として歩くことがお勧め。ぶらぶら歩きではなく、歩幅を「1.5倍」にして、踵からつま先に地面に下ろして両手を振ってさっそうと歩く。毎日する必要はない

が、週に3日位は午前と午後それぞれ20～30分歩くのが理想である。

3-3-2 趣味を持つ

脳の神経細胞は、年をとってからも、機能促進する。減った神経細胞を増やすことは出来ないが、残っている神経細胞の枝葉を豊富にすることはできるのである。それには頭を使う習慣が良い。

読むことも大切であるが、テレビや週刊誌だけを漠然と見るというのは、あまり頭を使わない。頭を使うためには、少し硬めの本を読まないで頭は働かない。

そして最も良いのは書くことで、まめにハガキを書くとか、手紙を書くとか、日記をつけたりすることである。特に、日記をつけるというのは1日の終わりに振り返って記憶をたどるので、頭の体操になる。

絵を描くこと、俳句や和歌などを詠むことなどの趣味を持つのも良い。考えをまとめて表現することはとてもよく、彫刻家や画家などの場合、非常に長生きして頭もしっかりしている人が多い。（長谷川・2005）

3-3-4 回想法

認知症の人は、新しい記憶は失われても古い記憶はかなり保持されており、遡って数十年の記憶が失われて過去に生きている状態になることも少なくない。こうした認知症の人へ七輪、洗濯板といった懐かしい暮らしの道具で昔の記憶を刺激するもので、室内に昭和の町並みを再現し、その世界のなかで語り合い残存した機能を十分に発揮することで精神的安定をもたらす知的機能の改善を図ろうとする治療方法が回想法である。

2002年に愛知県で古民家を改造した「回想法センター」を開設して以来、同町では以前まで認知症であることを隠しがちだった家族が回想法事業に理解を示し5年間で10倍に自然と患者数が増えたという。実際には、集団

または個別に認知症高齢者の若い頃の写真、新聞、身の回りの物などを見たり読んだりしながら、それについて話し合ったり、思い出を語る。このためには個々の認知症高齢者の生活歴を知り、それに合った資料や材料を用意しなければならない。

一概に昔の記憶といっても楽しい記憶もあれば悲しい記憶もあり、思い出したくない記憶もあり、このうちできるだけ思い出しても精神的混乱を招かないような記憶にとどめた回想法を行う配慮が必要である。(斉藤・2005)(西山・2006)

3-4 共にすごすための10ヶ条

以下の認知症の家族と共にすごすための「10ヶ条」は、私が、ホームページ「認知症の家族と過ごすために」から要約したものである。認知症患者の多くは、治癒しないために、介護を必要としている。その介護の目標が何であるかは簡単に決められはしないが、どのような認知症の状態であっても、また重度の認知症であっても認知症という状態にありながら、その人が精神的に安定して生きることができるよう状態にすることが介護の基本的な目標である。

(1) 認知症の人を知る

認知症の人は個人によって症状や状態が異なる。まずはその人の認知症の状態を知ることが介護の第1歩である。認知症の程度すなわち認知機能の状態、1次要因がアルツハイマー病か脳血管障害か、あるいは他の疾患か、さらに身体状態、精神状態、生活環境状態の2次要因も知っておく。認知症の状態だけでなく、認知症という疾患をもった人として知ることがもっと大切であって、生活歴、職業歴、性格などについて知ることが認知症の人を知ることである。

(2) 残存能力に働きかける

認知症の人は好んでもの忘れし判断ができにくくなったわけではない。病気でそうなってしまったので、このような人に何ができ何ができないかを判断し、残っている能力すなわち残存能力に働きかけて生活を送らせることが大事である。できないことは無理にさせない方がよい。出来るか出来ないかは試してみないとわからないことではあるが、出来ないことを無理にさせようとすることは認知症の人には負担となるばかりか、混乱したりうつ状態になりかねない。できないことはできないこととして受け入れ支えてゆくのがよい。

例えば、失禁が始まると、その理由や背景を理解し排泄に関わる一連の行動のなかで何ができ、何ができないかを判断する。そのなかで便所の位置がわからないならば言葉で教えるのではなく、張り紙に書いて便所の位置を知らせ、できないことを補っていく。これでも失禁が頻繁にあるようであれば便所まで連れて行くといった方法を取り、できないことを判断しながら支えていく。

(3) 生きている世界を受け入れる

特にアルツハイマー病の人の中にはあたかも過去に生きているかのような判断をし行動をすることがあります。この状態に対して現実の世界を認識させ現実の世界に生きるような働きかけを試みてもよいが、必ずしもうまくいくとは限らず、認知症の人に混乱を招きかねない。むしろ認知症の人の生きている世界を受け入れた方が、かえって落ち着くことが多い。このために認知症の人の言動が現実と乖離^{カイ}していても、まずはその世界を受けいれるように話を聞くといった姿勢で接するとよい。

認知症の人が、成長し独立した息子や娘をあたかもまだ子どもでいるかのように思っているなら、その世界を受けいれ認知症の人の話に合わせて会話を続ける。現実の世界を説

得して押し付けるのではなく、婉曲に説明するのがよい。

こうした受容的な対応は単に介護上の接し方にとどまらず、病院や施設での施設・設備にも配慮することが大事である。例えばグループホームでは、畳の部屋、木の廊下、昔に使いなれた家具の配置などによって認知症の人が過去の世界に生きる支えとなり心の和みにつながったりする。

（4）感情や思いに配慮する

認知症は知的機能が低下してはいるが、喜怒哀楽などの感情活動は残っている。知的機能が低下しているがために感情的に行動することや判断することが多くなる。このように認知症の人の感情や思いへの配慮は重要で、認知症の人がどのような気持ちでいるか、どのような思いや期待を持っているのか、性格はどうかを知りながら対応するべきである。

話の内容と同時に話し方が大切となるので、次のことに、特に注意しなければならない（斉藤・2005）。

- ◆目を見て話しかける。
- ◆ゆっくりしたテンポの発語。
- ◆穏やかな口調ではっきりと。
- ◆不安感を取る思いやりのある態度。
- ◆楽しい明るい気分で接する。
- ◆指示はなるべく簡潔に。

また在宅でも施設でも、感情への働きかけを意図した心地よい雰囲気作りも大切である。適度に生活の雑音がするが落ち着ける雰囲気、閉じ込められているといった拘束感のない和める雰囲気などを作り上げていくことは認知症の人の感情への働きかけとして考慮すべきである。

（5）身体状態を観察して対応する

認知症の人は自らの身体状態を的確に訴えることが少ない。腹痛があっても「腹が痛い」とは言わないことがある。腹痛の場合も、な

んとなく元気がない、あまり食べない、横になっていることが多いといった態度を取ることが多い。あるいは大腿骨頸部骨折でも自分から「足が痛い」とは言わないで、ベッドに横になる時間が長くなり、時には痛くても歩こうすることがある。自分で姿勢を変える時に苦痛表情をする、ベッド上の体位の変換の仕方いつもと違う、便器に座わせようとすると嫌がるといった態度をとるといったことから骨折を疑うことになる。

介護者は認知症の人の身体的変化に早めに気づかなければならない。いつもと違う行動、表情に気づき、「どうですか」と質問するのではなく、「おなか痛くありませんか」「足が痛くありませんか」のように「はい」や「いいえ」で答えられるような質問をして確かめるのがよい。病気や怪我を疑えば早期に医師の診察を受けるようにする。

身体状態への対応として、認知症の1次要因の脳血管障害では危険因子である高血圧、糖尿病、高コレステロール血症などについて定期的な検査と継続的な治療を行う。また2次要因としての身体状態への観察や対応も必要で、体温測定での熱の有無、舌の乾燥状態をみて脱水の有無などの観察、判断をする。さらに健康と思われる認知症の人の身体的な検査は定期に受けておきたい。認知症の人にとっても身体的病気の早期発見、早期治療は重要である。

（6）身の安全へ配慮する

認知症の人は知的機能が低下しているために自らの身の安全を保つことが苦手になっている。さらに高齢者では視力や聴力の低下、脳梗塞による片麻痺や変形性膝関節症による運動障害のためますます身の安全が脅かされやすい。このために転倒、火傷、溺死の予防など身の安全も介護の重要な基本である。明るい廊下、階段の手すり、滑りにくい風呂の床などに改装すると良い。私の祖母の家も、

ガスコンロをIHヒーターに変え、風呂は設定温度以上に上がらない、湯沸かし器に変えた。

ただし身の安全を重視するあまり認知症の人の行動の自由を奪ってはならない。安全のためとして過度の身体的拘束は避けたい。安全の保障と行動の自由の保障は一見相反するようだが、バランスをとって身の安全を守りたい。さらに身の安全に関して、介護者による認知症の人への虐待をも避けることは言うまでもない。

(7) 周囲の理解を得る

認知症の人の介護は休む間もなく続けられる。理解できない言動などに悩まされ、介護者は時に孤立することがある。しかも特に認知症が軽いときは、たいしたことはないと同居している家族、親族、近隣の人など周囲の人達への理解を得ることが難しい。さまざまな機会に認知症と認知症の人を介護することへの理解を得よう勤めることが大事だ。理解を得るだけでも介護の負担は軽くなり、さらに留守番など具体的な応援をしてくれるかもしれない。

(8) 地域の社会的サービスを利用する

認知症患者の介護は家族だけであることが困難であり避けた方がよい。介護保険など地域で利用できるサービスを利用しながら家族でみるのが望ましい。このため家族は、あらかじめ自分の住む地域にどのようなサービスがあるかを知っておくべきだ。これについては在宅介護支援センターやケアマネージャーなどから聞くことができる。

さらに老人ホームやデイケアなどを実際に見て、サービスの内容や利用方法について知っておくとよい。しかしデイサービスやショートステイを利用することについての躊躇する家族もいる。家族内で同意が得られていなかったり、隣近所の目が気になったりすることが

あるからだが、認知症患者の介護はできればオープンにした方が家族にとっても認知症の人にとっても好ましいものとなる。

(9) 認知症の人の人権への配慮

認知症の人は自らの人権を守る力がない。介護している人が守ることになるのだ。

人間らしい生活、身体拘束や虐待のない介護、財産の保護などで、介護者が加害者になるおそれがある場合、成年後見制度の利用を勧めたい。

(10) 介護者自身を介護する

認知症の人の介護は日々困難であるだけでなく、見通しが立てにくいことが一層日々の介護を困難にしている。こうして介護家族は精神的にも身体的にも疲労が募ってくる。介護者自身の心身が健康でなければ介護は続けられない。疲労がたまり不眠が続くようであれば、介護者は休養を取るようにし、同居している家族に代わってもらうか、親族に応援を頼むか、デイサービスやショートステイなど介護保険サービスを利用して休養をとることが大切だ。

(補遺) 最後のおまけ

決して、「やってはいけない」ことがある。1つだけを選ぶならば「その人を叱らない」ことである。「その人の人格を否定する言葉は、症状を重くしてしまうことにつながりやすい」のである。

今の自分と同じように、その人にも、素晴らしい人生があったはず。

その人から、愛されていた自分がいたはず。

その人を、愛したことがあったはず。

その人に、守られていたことがあったはず。

その人が、いたから、自分がいる。

私は、何事に対しても、たとえば「あなた

を看護させてくれて、ありがとう」と報恩感謝の気持ちを忘れないことが、今後の自分を成長させることに繋がると思っている。

おわりに

人間と言う字は人の間と書くように、私たちは、他者との相互依存の関係の中で生きている。私は「私たち」を生きている。つまり、人は一人では生きていくことはできないし、私たちはみな、誰かを必要とする世界で生きている。

日本でもこの病気の関心が高まってきて、認知症をめぐる環境や考え方は、診断・薬・介護方法・告知など、ここ2、3年で大きく変わってきた。健康診断に認知症に関する検査を導入した自治体が出てきた。数年後には高齢者の運転免許更新時にも、認知機能のテストが義務付けられることになった。軽～中等度の患者の中には、顔や実名を出して、ご自身の体験や心情を語る方も出てきた。

老いるということは生きることであり、生きることは老いることでもある。そして、その生きると言うことは、その人だけにしかできないことで、誰も代わりをしてくれない、独自の人生を歩めることである。だから、今まで生活してきたこの時点まで来たことを誇りに思っている。過去から現在までの自分の人生を、これからの未来老いてだんだん忘れることがあっても、生きることは続いているのだから、恥ずかしながら「私たち」に頼って、お互いに助け合ってしっかりと生きていってほしい。

私は、私にとって認知症という病気が他人事でなくなった今、過去を振り返った時、悔いの残らないように、もったいない時間を過

ごさないように、たくさん思い出を作って生きたいとひしひしと感じている。それから「今」と言う瞬間はもう永遠に來ない現実の今である。1回きりの生、そういうことを大切に思って生きていく。この卒業論文に取り組んでみてこれを基本にしないとイケないとあらためて思った。

認知症となった祖母に対して、私は、病気を治してあげることができない。祖母は、いつか過去の記憶が点々と消えていってしまって、私のことも「真緒という名前も」「孫であることも」忘れてしまうかもしれない。自分のことも、家族も過去の思い出も…。でも忘れてしまったら、そこからもう一度、何度でも何度でも繰り返し、新しい思い出を作っていってあげたい。「今」という新しい思い出と一緒に作ってあげていきたいと思う。

そして、このような「気づき」と「学び」を与えてくれた「私の祖母」へ、いまは、最大の感謝の気持ちをささげながら、関西大学を巣立っていくことを誇りに思っている。

【参考文献】

- 長谷川和夫 2005 認知症を正しく理解するために マイライフ社
- 本田幸久 2006 心筋梗塞や動脈硬化・認知症、「魚で予防」日本経済新聞（4月16日・朝刊）
- 木下真緒 2006 認知症に関するインターネット・アンケート 10月25日～11月2日
- NHK特集 2006 シリーズ認知症「その時、あなたは」（12月17日）
- 日本経済新聞 2006 「思い出」認知症に効果、七輪、昭和の風影（4月3日・朝刊）
- 日本経済新聞 2006 認知症、8割超「告知して」（7月1日・夕刊）
- 西山彰彦 2006 アルツハイマー病100年 日本産業新聞（9月22日）
- 斉藤正彦 2005 親のポケに気づいたら 文春新書
- 小澤 勲 2005 認知症とは何か 岩波新書