

認知症とは？

認知症とは後天的な原因により脳細胞がこわれ、記憶障害、判断力障害、失見当識（人・時間・場所などがわからなくなる障害）などが起こるため、生活に支障をきたす病気です。

① 早期発見が大切

早期発見は次のような意義があります。

●原因を早く見つける事ができる

認知症でも治るものがあります。また、発見が遅れると命にかかわるものもあります。原因によって治療法と介護の仕方が全く異なります。

●薬がより効果的

早期に薬を服用する事で病気の進行が抑えられ、良い状態を長く維持できるようになってきました。

●本人・家族に余裕が生まれ自分らしい生き方を選べる

早期に診断を受けると、その後の本人の人生設計を立てられ、家族や職場・地域の理解を得て現状の仕事を続けられるなど、周囲の支援を受けやすく、家族も将来を予測でき心の準備や介護サービスの準備ができます。

しかし、「きっと年のせいだ」、「まさか自分が認知症になるわけがない」などと病院受診をためらっている方も多いのが現状です。自分でおかしいのでは？と感じ進んで病院を受診される方のほとんどは加齢による物忘れであったという調査もあります。家族や周りの人の「何かおかしい」はとても重要なサインです。「認知症の人と家族の会」が会員の経験からまとめた、認知症ではないかと思われた症状を裏表紙に記載しました。いくつか思い当たるようなら、早めに医療機関や市内のあんしん相談センターにご相談ください。

② 加齢による症状なのか、認知症による症状なのか？

大まかには以下の表のようになります。一番の違いは、自分が気づくか、また、思い出そうと努力するかです。そして症状が出る事により日常生活に支障をきたすかどうかです。

「加齢による物忘れ」と「認知症による物忘れ」の違い

	加齢による物忘れ	認知症による物忘れ
物忘れの種類	でき事の一部を忘れる 何を食べたか思い出せない	でき事のすべてを忘れる 食べた事そのものを忘れる
自覚	物忘れに気づき 思い出そうとする	物忘れに気づかない
学習能力	新しい事を覚える事ができる 計算力・判断力は保たれる	新しい事を覚えられない 計算力・判断力が極端に低下
日常生活	あまり支障がない	支障をきたす

⑧ 認知症ってどんな病気？治らないの？

物忘れ、不安、意欲低下、性格の変化など一見認知症と思える症状が現れても、認知症でない場合や原因がはっきりあって、治療により治る可能性のある認知症もあります。また根本的に治らなくても薬で一時的に症状が改善するものがあります。



薬によって改善するが、根本的に治すことが難しい認知症

- **アルツハイマー型認知症**
認知症の約6割がアルツハイマー型認知症で、軽い記憶障害から始まり時間・場所などがわからない失見当識が現れます。記憶障害とほぼ同時期に匂いがわからなくなることがあります。
- **脳血管性認知症**
脳梗塞・脳出血などの脳血管障害（いわゆる脳卒中）によって起こる認知症で、脳血管障害を起こすたびに段階的に進行するのが特徴です。認知症状が軽度でも歩行障害、運動障害、嚥下障害などがみられます。
- **レビー小体型認知症**
「部屋に誰がいる」など本人だけに見える幻視が特徴です。一日のうちで症状に変化があります。記憶障害より手の震え、小輪歩行などの症状がでることが多いようです。発症するかなり前に、睡眠中大きな囁言や暴れるなど異常な行動がみられることがあります。
- **前頭側頭型認知症**
脳の前頭葉・側頭葉の委縮が強いタイプです。比較的若く発症し、認知障害より性格の変化が強いのが特徴です。すぐ興奮する、万引きなどの衝動的行動をする、ものに対する興味を示さないなどの症状や言語障害がみられることもあります。

治療によって改善できる認知症(一部)

- **アルコール多飲と睡眠薬など薬物による認知症状**

アルコール多飲を続けるとアルコール性脳症の状態になり幻視、幻聴が現れる事があります。また、睡眠薬や向精神薬で認知障害を誘発する事があります。そのほかの薬でも誘発されるものがあり主治医に相談してみましょう。アルコールや薬物で引き起こされた認知機能障害はそれらを中止することで元の状態に戻ります。

- **正常圧水頭症**

脳脊髄周囲に満たされている液の循環が、何らかの理由で悪くなることで起こります。認知障害、歩行障害、尿失禁が特徴です。シャントといって、液を流すバイパスをつくる手術で改善することがあります。

- **慢性硬膜下血腫**

転倒や打撲したのち、1週間から1か月ほどで頭蓋骨の内側の硬膜下に血腫が生じ、脳を圧迫して認知症状が現れます。手術で血腫を除去することで改善します。

その他

- **若年性認知症**

若年期(20～64歳)に発症する認知症で、原因の多くは脳血管障害、アルツハイマー病です。介護保険制度においては「初老期の認知症」と呼ばれ、40～64歳が対象となります。若年性認知症では、①仕事を解雇されたり、退職で収入を失ったりすることがある、②親の姿が受け入れられず、子供が精神的に不安定になることがある、③介護保険の対象外になることがある、④介護の期間が長くなる、など多くの問題を抱えているため、今後さらなる支援体制が必要となります。能美市では、若年性認知症に関する相談を、市内のあんしん相談センター(→連絡先は裏表紙)で受け付けています。

<その他県内相談窓口>

- ・若年性認知症相談窓口

石川県認知症疾患医療センター(県立高松病院内)

〒929-1293 かほく市内高松ヤ36 TEL:076-281-2600

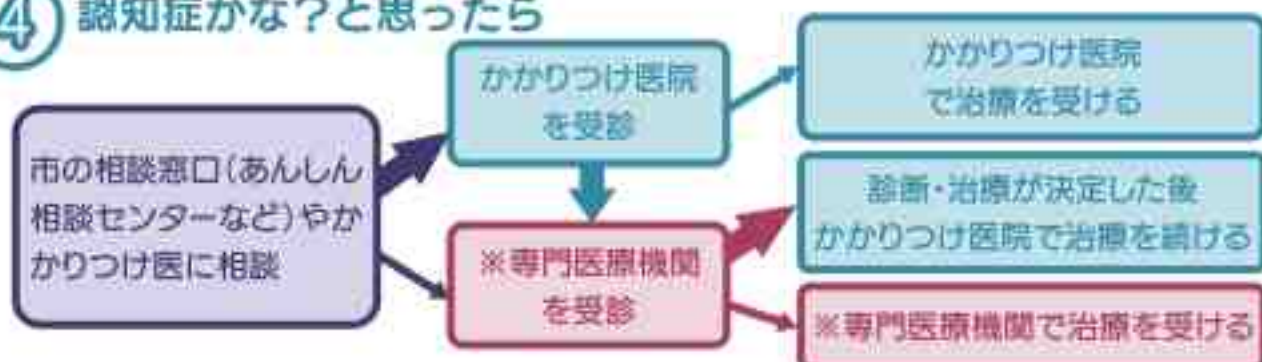
- ・公益社団法人 認知症の人と家族の会 石川県支部

〒920-0813 金沢市御所町末10 TEL:070-5146-1025(木曜13時～17時)

- ・若年性認知症の人と家族の会てるてる TEL:090-6814-0483

- ・若年性認知症の人と家族と寄り添いつむぐ会 TEL:080-8698-5774

④ 認知症かな？と思ったら



※図中の専門医療機関とは、精神科、神経内科、老年病科などで物忘れ外来や認知症外来を設けている病院です。(P.26)

なかなか病院へ行きたがらない人に受診をしてもらうには？

「元気でいてもらわないといけないので一度健診を受けてください」とあくまで健康診断であることを強調する、「自分が受診するから一緒についてきて」と頼りにしていることを強調するなどしてみましょう。それでもだめなら、かかりつけ医や市内のあんしん相談センターと相談し、手立てを考えましょう。状況によっては、お宅に向う事も可能です。

⑤ 病院ではどんなことをするの？



★専門医療機関で検査、初期治療まで受けると少し診療費が高くなりますが、その後を考えると早期に発見し治療したほうが安上がりです。

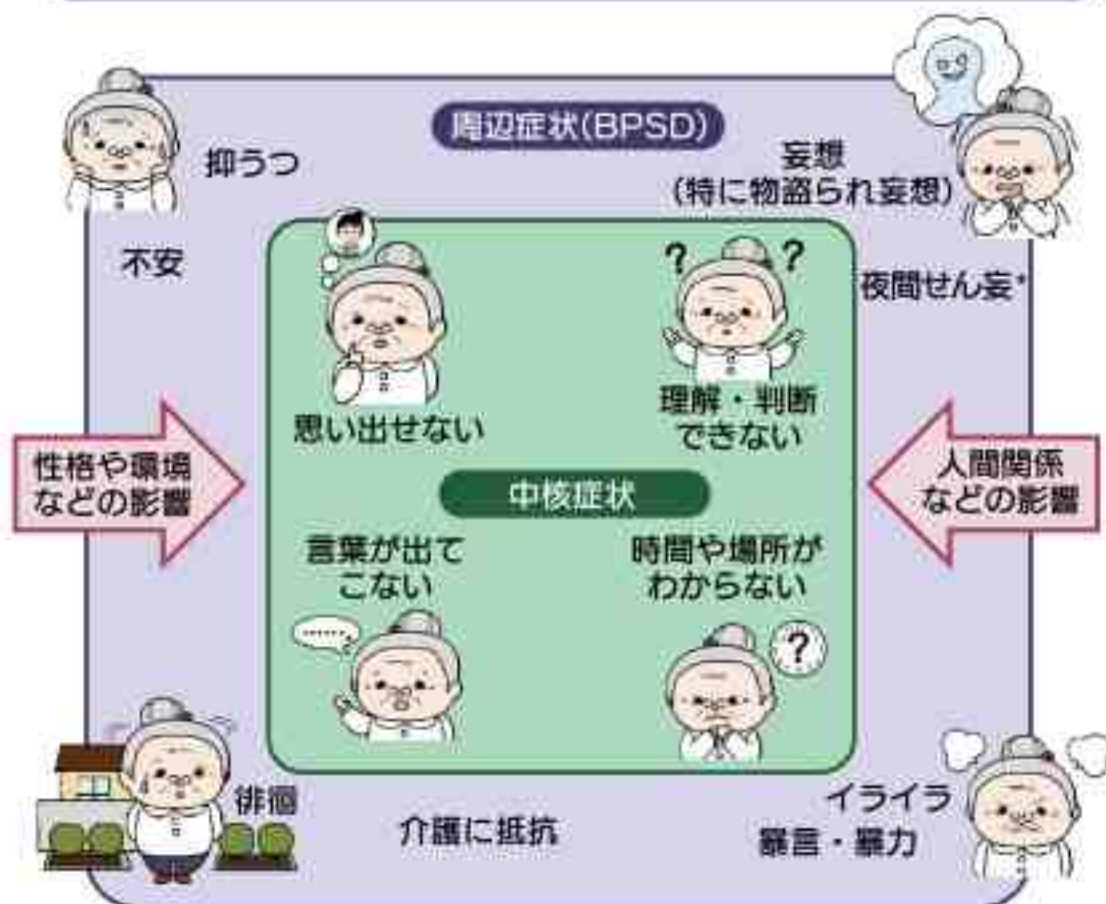
⑥ 認知症の症状

中核症状

- ・ 認知症の初期症状として家族や周囲の人が気づく症状
- ・ 脳細胞が壊れることで起こる記憶障害など、必ずみられる症状
- ・ 時間とともに悪化する

周辺症状(BPSD)

- ・ 残っている神経細胞が環境に反応して起こる症状
- ・ 日常生活への適応が困難になるなど、在宅介護をする上で最も厄介な異常行動
- ・ 必ず起こるとは限らず、認知症の進行とは比例しない
- ・ そのため病気によっては早期から激しい症状になることがある



* せん妄：意識がもうろうとなり、興奮や幻覚・錯覚などが現れる不穏状態の総称のこと

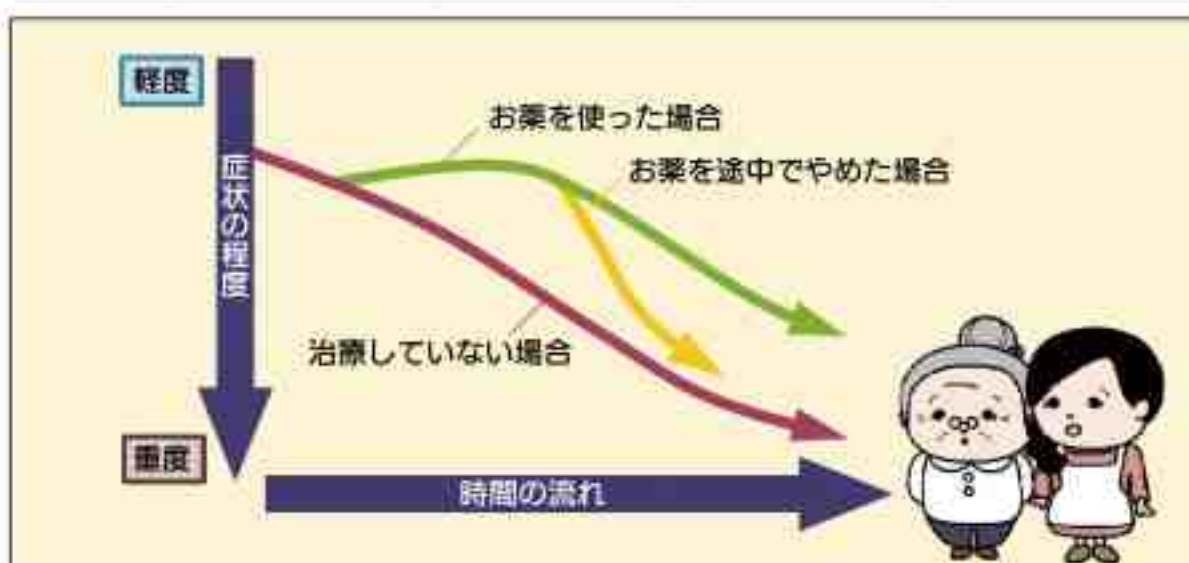
(独協医科大学神経内科教授 平田修一監修のパamフレット改変)

⑦ 認知症の治療にはどんなものがあるの？

1. 薬物治療

○ 中核症状に対する薬物治療

一般名 (商品名)	ドネペジル (アリセプト)	リバスチグミン (イクセロン、 リバスタッチ)	ガランタミン (レミニール)	メマンチン (メマリー)
剤形	錠剤、細粒、口腔 内崩壊錠、内服ゼ リー	パッチ(貼付) 剤	錠剤、口腔内崩壊 錠、内服液	錠剤
服用回数	1日1回	1日1回	1日2回	1日1回
副作用	下痢、吐き気、嘔 吐、食欲不振、興 衰	食欲不振、吐き気、 皮膚炎、紅斑	下痢、吐き気、嘔 吐、食欲不振	便秘、めまい、 眠気、体重減少



- ・ 早期から治療することで病気の進行を遅らせる事ができます。
- ・ アルツハイマー型認知症の治療薬は上記の4種類があり、単独で使うことも、組み合わせて使うこともあります。
- ・ 内服できない人にはパッチ剤(体に貼る薬)を使用する事もあります。
- ・ それぞれに特有な副作用があり、介護する人はどんな副作用があるかを聞いておきましょう。
- ・ 2015年よりレピー小体型認知症にアリセプトが使用できるようになりました。
- ・ 治療中でも、「おかしい、いつもと違う」と周囲の人が気づいたときは主治医に相談しましょう。薬の変更や減量、休薬する必要があります。

○ 周辺症状(BPSD)に対する薬物治療

周辺症状に対する治療は、介護をいかに楽にするかが目的です。

1. 向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬)

→不安、うつ状態、興奮、幻覚、妄想などがひどい時

2. 睡眠導入薬

→不眠、昼夜逆転している時

3. 漢方薬(抑肝散、抑肝散加陳皮半夏、加味温胆湯など)

→西洋薬と組み合わせて使うことがあります

2. 非薬物治療

家庭内や地域で本人の役割や出番を作ることが必要です。ややもすると「何もしないでよい」状況に追いやってしまいがちになります。それは本人にとっては苦痛で、認知機能をさらに低下させてしまいます。以下の方法などを取り入れることで、認知症状の緩和や進行を遅らせることが可能です。

1. 回想法

記憶に残っている昔のことを新聞、写真などを利用し、語り合うことで情緒的安定を図ります。介護者が一日のうちに本人の話に耳を傾ける時間を作りましょう。

2. 音楽療法

本人が好きな歌、懐れ親しんだ歌を聴いたり、歌ったりすることで精神の安定を図ります。BGMとして利用しても効果があります。特にモーツァルトが良いと言われています。

3. リアリティーオリエンテーション

時間、場所、人などの情報を繰り返し伝えることで、認知機能の維持を図ります。

4. その他

上記以外にも芸術療法(詩歌、陶芸、絵画、ダンスなど)、化粧療法、園芸療法、ペット療法やアロマセラピーなど、さまざまな療法が試みられ、効果を上げています。

⑧ 認知症に対する家族・周囲の人の接し方

パーソン・センタード・ケアについて

パーソン・センタード・ケアとは、認知症の人々の立場に立った視点を重視した認知症ケアの理念です。ケアを提供する人と受ける人の枠を超えて、人々に寄り添い、信頼しあう相互関係の中からその人を尊重し、ニーズに注意深く対応して、その人の能力を発揮できるように支援することに着目しています。

認知症の人がその人らしく生きてゆくために最低限必要なニーズを、5つの花びらの絵で表しています。5枚の花びらは、「くつろぎ」「共にあること」「自分が自分であること」「携わること」「愛着・結びつき」のニーズを表し、互いに重なり合い、関連しあっています。真ん中の「愛」というニーズは、あるがままに受け入れ、心から思いやり、慈しむことを求めているといえます。認知症の人は自分でこれらのニーズを満たすことが十分にできないため、他者の援助が必要になってくるのです。

欧米の研究によると、スタッフがパーソン・センタード・ケアのスキルを身につけた施設では、1年後に、抗精神病薬を服用している認知症の人が、介入しない施設のおよそ半分に減ったと報告されています。



接し方の基本



- ・本人と会話をするときには、しっかりと視線を合わせ、優しく声をかけましょう
- ・言葉だけでなく、そっと肩に手を当てるなどして優しさを伝えましょう
- ・面倒がらずに本人の話に耳を傾けましょう
- ・間違った言動に対し、頭ごなしに否定したり責めたりしないようにしましょう
- ・できる事はなるべくしてもらいましょう

認知症の方との具体的な関わり方はP.20～25を参照してください。

認知症患者の車の運転について

車での事故は本人だけの問題で済まないことがあり、運転を止めてもらわなければなりません。センターラインを超える、路肩に擦ったり乗り上げたりする、車庫入れが下手になった、道に迷う、車間距離が短くなる、などがあつたら危険です。現在、75歳以上の免許更新時に「認知機能検査」を行っています。「認知症である」と診断されると免許が取り消される可能性があります。また、診断される前であれば自主返納することもできます。いさぎよく運転免許証を返納することも、大事な判断だと思います。返納の際には、時間を作って車のない生活を試し、そこで生じる問題を解決してから運転をやめるように計画して実行して下さい。移動手段を取り上げることで活動量が減って「閉じこもり」になることもあり、足代わりを家族ができるか十分話し合うことが必要です。本人の拒否が強いときは、かかりつけ医や市内のあんしん相談センター、警察に相談するのもいいでしょう。

⑨ 認知症の人生の最終段階

認知症の自然経過は初めに示しましたが、現在の医療状況では発症から10年ほどで寝たきり状態になる可能性が高くなります。最終段階には人格変化が著しくなり、次第にコミュニケーションがとれなくなって、遂には無動・無言(しゃべれない、動けない、判らない)となります。肺炎を起こしたり、普通に食べられなくなったり、寝たきりになったりするため、家庭内での介護は負担が非常に大きくなります。そこで、本人が意志表示できるうちから人生の最終段階をどこで過ごすか、延命治療を受けるか受けないかを家族と十分話し合っておくことをお勧めします。



ACP (アドバンス・ケア・プランニング) について

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) とは、本人・家族が医療・ケアチームと相談しながら医療・ケアに関して意思決定を進めるコミュニケーション・プロセスのことです。本人が意思表示困難な状態になったときのことを見据えて、本人の価値観、死生観、信仰・信念、人生の目的などを家族や医療・ケアチームと共有し、治療計画を作成します。一度書いたら完成という性質のものではなく認知症の方や家族のゆれ動く気持ちに寄り添いながら見直しが行われます。ACPのポイントは、両者間の継続的なコミュニケーションにあります。次ページのリーフレット「もしものときのために」もご参照ください。



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

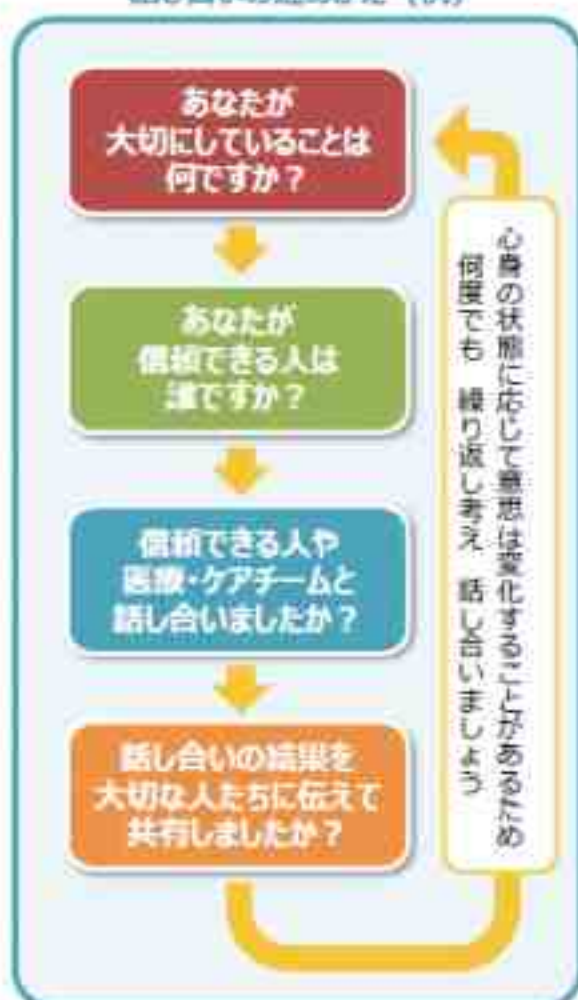
命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を
「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

話し合いの進めかた（例）



このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/counseling/advance/advance_01.html



（厚生労働省ホームページより引用）