

認知症の人の支援

敦賀温泉病院／海上寮療養所
千葉大学医学部附属病院地域医療連携部 特任准教授
内閣府 障害者政策委員会委員
上野 秀樹

ホームページ <http://hidekiueno.net/>
認知症アシストフォーラム <https://ninchisho-assist.jp/>

日本における認知症

- 平成25年6月 厚生労働省研究班の発表
認知症の人 462万人
認知症の予備軍 400万人

←65歳以上の人4人に一人が認知症
もしくはその予備群

日本における認知症の状況です。

平成25年6月に、前筑波大学教授朝田先生を中心とした厚生労働省の研究班からある結果が発表されました。

http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page_id=806

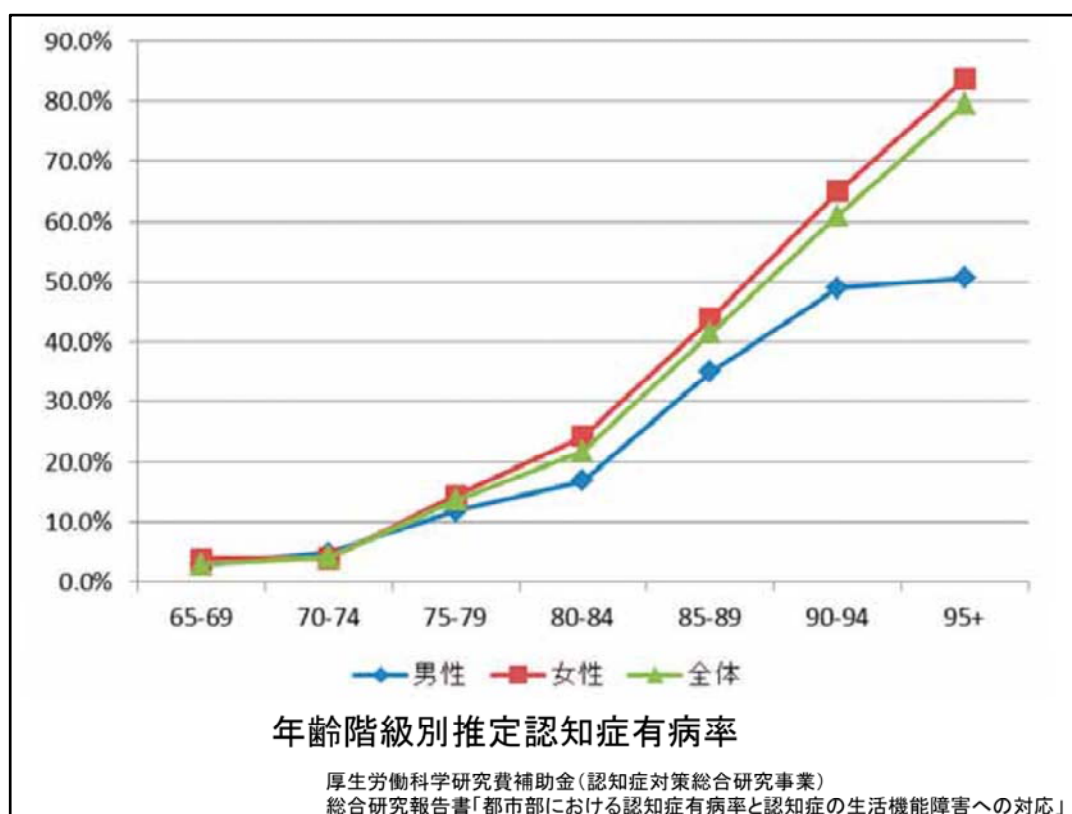
平成25年6月現在、日本に認知症の人が462万人いて、認知症の予備軍である軽度認知障害（MCI: Mild Cognitive Impairment）と呼ばれる人が400万にいるという数字でした。合わせると862万人。なんと日本の65歳以上の4人に一人が認知症もしくはその予備軍であるということになります。

認知症の人だけをとってみても、65歳以上の人約15%が認知症ということになります。これは非常に高い数字です。ヨーロッパ諸国では、認知症の有病率は7-8%程度なのです。どうして、日本で認知症の人の割合が高いのか、皆さんで考えていきましょう。

認 知 症

- ・ 高齢化が一番の危険因子
→ だれでも高齢になれば認知症になる可能性がある

認知症は、人口の高齢化が一番の危険因子です。だれでも高齢になれば認知症になる可能性があるのです。



このスライドのグラフをご覧ください。

さきほどご紹介した厚労省の研究班から発表されたデータです。

http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page_id=806

5歳ごとの年齢階級別の認知症の人の割合を示したグラフです。

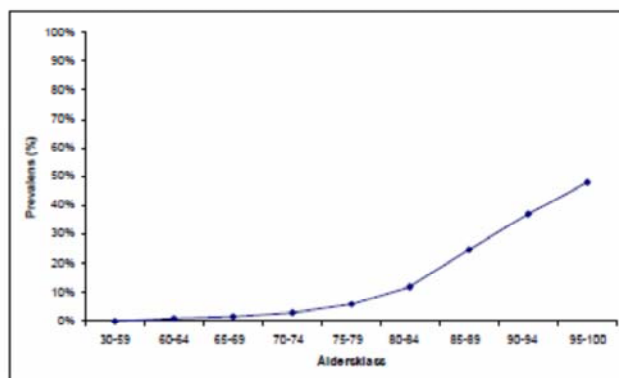
赤の線が女性、青の線が男性、緑の線が全体です。年齢が上がっていくごとに認知症の人の割合が増えていることがわかります。

グラフの縦軸、女性と全体の点の距離と男性と全体の点の距離の比は、その年齢階級における男性と女性の人数の比になります。

青の線、男性のグラフをご覧ください。90歳から94歳までの年齢階級と95歳以上の年齢階級で認知症の人の割合がほとんど変わりません。現在の95歳以上の年齢階級にある方々は何らかの理由により、認知症の人の割合が低い可能性があります。

スウェーデンにおける年齢別認知症有病率

図 1 年齢別の認知症の出現率



Figur 1. Demensförekomst hos män och kvinnor i olika åldersklasser.

(出典) Socialstyrelsen(2007) Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005

こちらはスウェーデンの年齢別の認知症有病率のグラフです。

http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/s_care08_01.pdf

先ほどの日本のグラフより、有病率が大幅に低いことがわかります。

認 知 症

- ・ 高齢化が一番の危険因子
→だれでも高齢になれば認知症になる可能性がある
- ・ 現在、完全な予防法、完全な治療法は存在しない
→認知症を怖れていてもうまくいかない
必要なのは、認知症になってもいきいきとして生活できる社会をつくること

現在、認知症に関して完全な予防法や完全な治療法はありません。高齢になればだれでも認知症になる可能性があり、完全な予防法、治療法がないのであれば、私たちが認知症を恐れていてもうまくいきません。

必要なのは、認知症になっても生き生きとして生活できる社会をつくることであると思います。私たちが力を合わせれば、十分に実現可能であると思います。

人類の歴史

- ・暮らしやすい社会を求めての試行錯誤の歴史

- 衛生環境の改善などで高齢になっても生きられるようになった

- 人口の高齢化とともに避けられない認知症の問題

- 認知症の人が暮らしやすい社会をつくるという課題

私たち人類の歴史は、「暮らしやすい社会」と求めて試行錯誤してきた歴史です。とくに衛生環境の改善などで、私たちは高齢になっても生きることができるようになりました。

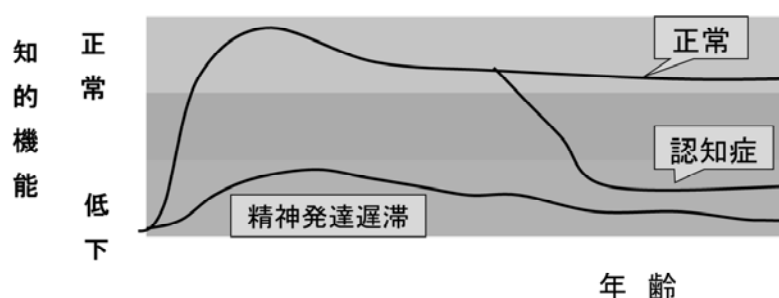
その反面。人口の高齢化とともに、避けられない出来事として認知症の人が増えています。

私たちは、「認知症の人が暮らしやすい社会をつくる」という課題をつきつけられているのです。

認知症の人が暮らしやすい社会とは？

認知症とは

一旦正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために、日常生活・社会生活に支障を来している状態



認知症とは、一旦正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために、日常生活・社会生活に支障を来している状態と定義されています。

このグラフをご覧ください。縦軸が知的機能、横軸が年齢となっています。私たちは生まれたときには知的能力が低いのですが、家庭内で社会生活をして、学校教育を受けて、知的な能力が一旦正常に発達します。それが何らかの原因で低下して、日常生活・社会生活に支障を来すようになった状態が認知症です。世の中には最初から十分に知的能力が発達しない方がいて、精神発達遅滞とか行政用語で知的障害と呼ばれる状態になります。

認知症とは

- ・ 認知機能障害

もの忘れ、自分の周囲の状況がわからない、理解力の低下、判断力の低下



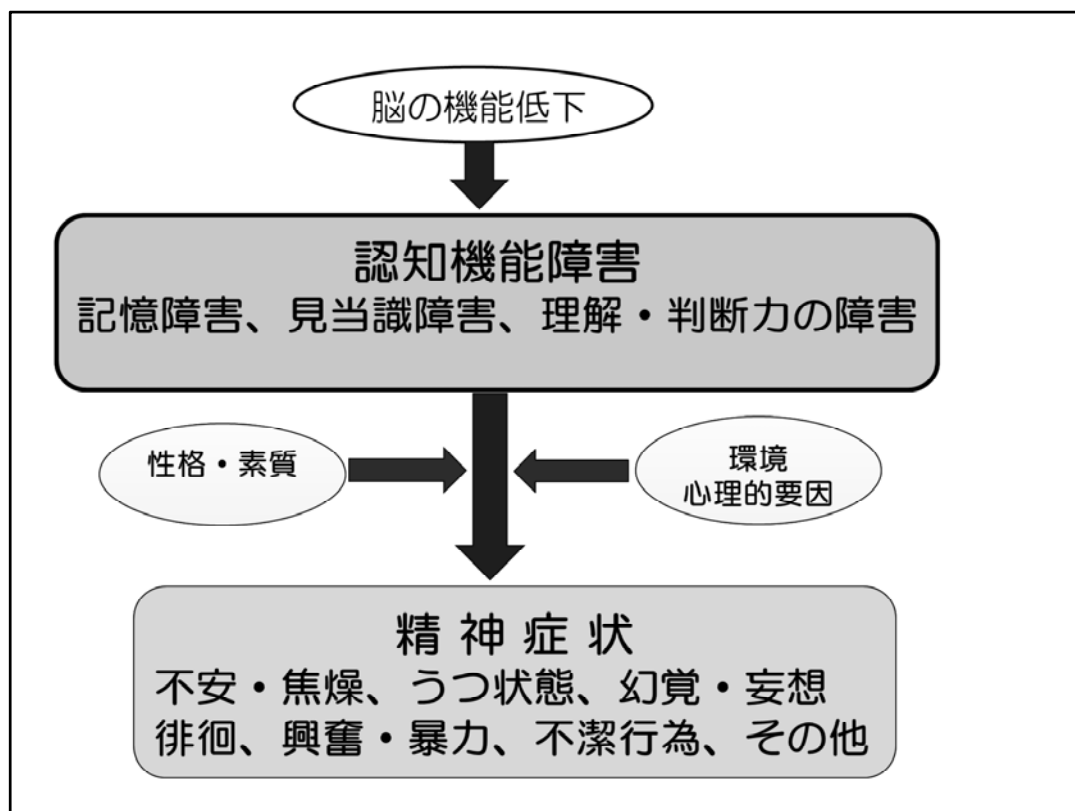
- ・ 日常生活、社会生活上の支障がある
→生活障害の存在

この認知症の定義のポイントは、認知症が2つの要件で定義されているということです。

物忘れや自分の周囲の状況がわからない見当識障害、理解判断力の低下など本人の要因である認知機能障害とこうした認知機能障害がある人がある社会のなかで日常生活・社会生活上の支障があるという2つの要件があると認知症とされるのです。

新オレンジプランでは、認知症のアセスメントシートとして、「地域包括ケアシステムのための認知症総合アセスメントシート(DASC)」を利用しています。DASCでは、この2つの要件、認知機能障害と生活障害を評価して、ある人が認知症の状態であるかどうかを判定します。

<http://dasc.jp/>



認知機能障害の原因は脳の機能低下です。

脳の機能低下で、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下などの認知機能障害が生じ、一部の認知症の人では、不安・焦躁、うつ状態、幻覚や妄想、徘徊、興奮や暴力、不潔行為などの精神症状や行動障害が生じることがあることが知られています。

認知症になると

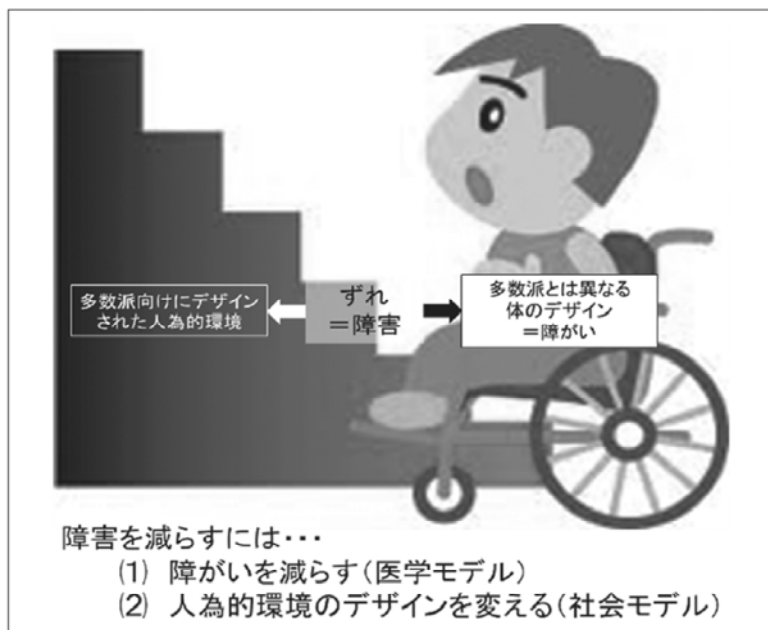
- ・ 高齢化による身体機能低下 → 身体障害
- ・ 認知機能障害 → 知的障害
- ・ 行動・心理症状 → 精神障害

→ 認知症の問題を障害の問題としてとらえることが可能

認知症の状態は、障害としてとらえることが可能です。

認知症は圧倒的に高齢者の方が多いので、高齢化に伴う身体機能低下による身体障害が出現する可能性があります。また、認知機能障害はほぼ知的障害に等しく、一部の認知症の人には行動・心理症状(BPSD)などの精神症状が生じてくる人がいます。すなわち、認知症になると従来の分類による三障害すべてが出現する可能性があるわけです。

障害の考え方 医学モデル&社会モデル



熊谷晋一郎:当事者研究への招待-知識と技術のバリアフリーを目指して.生産研究,67(5),467-474,2015

障害に対する支援には、医学モデル的支援と社会モデル的支援の2種類があります。熊谷先生の講演録のイラストからご紹介します。

男の子が階段の前でちょっと呆然と立ちすくんでおります。男の子は車椅子に乗っております。おそらくこの階段の上にあるお店か、あるいは映画館か、あるいは電車に乗りたいたのかわからないけれども、何か階段の上にはこの男の子の行きたい場所があるのだけれども、しかし階段があるせいでそこに行かれないといったアイコンですね。これがまさに「障害」と言っている状況なわけですけども、このときこの状況下で「障害」というのは一体どこに宿っているのか」ということをちょっと皆さんに考えていただきたいのですね。

ある人は、この男の子の身体の中に、あるいは脳みその中に、障害が宿っていると考えられるかもしれません。また別の人は、階段の側に障害が宿っていると考えられるかもしれません。前者が医学モデルの考え方、後者が社会モデルの考え方です。この考え方の違いは、支援の方向を180度変えますね。医学モデルであれば、かつて私が受けたようなリハビリで、本人の中にある障害を取り除こうとするでしょう。それに対して社会モデルの考え方であれば、本人の身体には指一本触れません。そうではなく、本人の身体の個性を受けとめてくれない社会環境のデザインに問題があるのだ、障害があるのだという発想になります。そして、バリアフリーですとか、ユニバーサルデザインといった形で、環境の側を変化させるアプローチが展開するでしょう。1980年代、私が経験したのは、まさにこのような180度見かたを変えるような変化でした。そして、私自身、それまで一生懸命やってきたリハビリをやめて、社会を変える運動に関わりはじめてのも10代でした。

(熊谷晋一郎:当事者研究への招待-知識と技術のバリアフリーを目指して.生産研究,67(5),467-474,2015)
http://www.rcast.u-tokyo.ac.jp/research/people/staff-kumagaya_shinichiro_ja.html

- ・ 認知症の人が行きたい場所に行くことが出来ず、迷っている →徘徊
- ・ 普通の人でも慣れない都市の地下鉄の乗換えに戸惑い、迷ってしまってなかなか目的地に行き着かないことがあります

認知症の人の生活障害を考えてみましょう。

認知症の人が行きたい場所に行くことが出来ず、迷っていると、「徘徊」と呼ばれてしまいます。

しかし、普通の人でも慣れない都市の地下鉄の乗換えに戸惑い、迷ってしまってなかなか目的地に行き着かないことがあります。

- ・ 認知症の人が心ない人にだまされてしまい、大切な財産を奪われてしまうことがあります
- ・ 普通の人でも巧妙な詐欺に引っかかって、財産を失うことがあります

認知症の人が心ない人にだまされてしまい、大切な財産を奪われてしまうことがあります。

しかし、新聞をよく読んでみると、数ヶ月に1回くらいは巧妙な詐欺事件が報道されたりします。普通の人でも巧妙な詐欺に引っかかって、財産を失うことがあるのです。

- ・ 普通の人暮らしにくさ、認知症の人の暮らしにくさ、障害のある人の暮らしにくさ
→ 実は連続している
- ・ 認知症の人が暮らしやすい社会、障害のある人が暮らしやすい社会をつくること
→ 普通の人暮らしやすい社会をつくること

普通の人暮らしにくさ、認知症の人の暮らしにくさ、障害のある人の暮らしにくさは、実は連続しているのです。

認知症の人が暮らしやすい社会、障害のある人が暮らしやすい社会をつくることは、実は「普通の人暮らしやすい社会をつくること」につながっているのです。認知症の人のための施策、障害のある人のための施策という、普通の人とは関係ない」と考えがちですが、そうではないのです。

2013年の参议院議員選挙で、日本障害者協議会（JD）が全国的に候補者を擁立していた9政党に障害者施策に関してアンケートをしました。8政党からは回答があったのですが、一政党からは回答がありませんでした。そして、この政党のマニフェストには障害者施策の記載は全くありませんでした。しかし、マスコミもこのことを把握していたにもかかわらず、全く選挙の争点にはならなかったのです。

http://www.jdnet.gr.jp/report/13_07/130705.html

これは、私たちが「障害者施策は特別な人のための施策であって、普通の人には関係ない」と考えているということを反映しています。

認知症の人が生き生きとして暮らせる社会

実現のために必要なのは

私たちの社会のあり方を変えること

認知症の人が生き生きとして暮らせる社会の実現のために必要なのは、私たちの社会のあり方を変えることなのです。

熊谷晋一郎先生インタビュー記事より

- ・ “自立” とはどのようなことでしょうか？

一般的に「自立」の反対語は「依存」だと勘違いされていますが、人間は物であったり人であったり、さまざまなものに依存しないと生きていけないんですよ。

東日本大震災のとき、私は職場である5階の研究室から逃げ遅れてしまいました。なぜかというと簡単で、エレベーターが止まってしまったからです。そのとき、逃げるということを可能にする“依存先”が、自分には少なかったことを知りました。エレベーターが止まっても、他の人は階段やはしごで逃げられます。5階から逃げるという行為に対して三つも依存先があります。

「認知症の人が生き生きとして暮らせる社会」とは言い換えると、「認知症の人が自立して生活できる社会」、「認知症の人が認知症に見えない社会」です。

ここで、「自立」と「依存」に関して考えてみましょう。

東京大学先端科学技術研究所の当事者研究分野准教授で、脳性麻痺当事者で小児科医でもある熊谷晋一郎先生インタビュー記事から引用します。

http://www.tokyo-jinken.or.jp/jyoho/56/jyoho56_interview.htm

ところが私にはエレベーターしかなかった。
これが障害の本質だと思うんです。つまり、“障害者”というのは、「依存先が限られてしまっている人たち」のこと。健常者は何にも頼らずに自立していて、障害者はいろいろなものに頼らないと生きていけない人だと勘違いされている。けれども真実は逆で、健常者はさまざまなものに依存できていて、障害者は限られたものにしか依存できていない。依存先を増やして、一つひとつへの依存度を浅くすると、何にも依存してないかのように錯覚できます。“健常者である”というのはまさにそういうことなのです。世の中のほとんどのものが健常者向けにデザインされていて、その便利さに依存していることを忘れているわけです。

実は膨大なものに依存しているのに、「私は何にも依存していない」と感じられる状態こそが、“自立”といわれる状態なのだろうと思います。だから、自立を目指すなら、むしろ依存先を増やさないといけない。障害者の多くは親か施設しか頼るものがなく、依存先が集中している状態です。だから、障害者の自立生活運動は「依存先を親や施設以外に広げる運動」だと言い換えることができると思います。今にして思えば、私の一人暮らし体験は、親からの自立ではなくて、親以外に依存先を開拓するためでしたね。

ここで「自立と依存」に関する熊谷晋一郎先生の考えをご紹介します。熊谷先生は、脳性麻痺のある小児科医で、現在は東京大学先端科学技術研究センター准教授をされています。

配付資料の熊谷晋一郎先生のインタビュー記事をご覧ください。

この社会は五体満足でそれなりの認知機能を備えた「多数派」向けにデザインされています。多数派と異なる体のデザインを持った人にとっては、この社会の環境がとても利用しづらいものなのです。認知症の人たちも同じです。社会の多数派と異なる体のデザイン、すなわち認知機能障害のためにこの社会での生活がうまくいかず、生活障害が生じているのです。

先端研の熊谷先生の紹介ページもご覧ください。

http://www.rcast.u-tokyo.ac.jp/research/people/staff-kumagaya_shinichiro_ja.html

個人の尊重

- ・日本国憲法第13条

すべて国民は、個人として尊重される。

個人の尊重

→ひとり一人の人間を自立した人格的存在として尊重すること

前提

→ひとり一人がみな違う存在であること

→その人の価値は「代わり」のきかない、かけがえのないもの

全訂憲法学教室 浦部法穂著

認知症の人の自立を考えると、一つのヒントが日本国憲法にありました。

憲法には103条の条文があります。日本国憲法で最も重要な条文の一つがこの第13条です。

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

ここからは、憲法学者の浦部先生の本からの引用です。(全訂憲法学教室 浦部法穂著)

個人の尊重とは、「ひとり一人の人間を自立した人格的存在として尊重すること」です。

そしてこの前提には、「ひとり一人がみな違う存在であること」があり、そしてその人の価値は「代わり」のきかない、かけがえのないものであるという考え方があります。

さまざまな事情（幼少、障害、高齢、貧困、等々）で、そういう「自立」のために他からの支援を必要としている人々は、現実によくいる。そういう人々の「自立」を支援する（ただ「保護」すればいいというものではない！）仕組みを取り込んでこそ、「個人主義」は本当の意味での「個人の尊重」につながる。日本国憲法は、そういう意味での「個人主義」を前提にしているというべきである。

全訂憲法学教室 浦部法穂著

さまざまな事情（幼少、障害、高齢、貧困、等々）で、そういう「自立」のために他からの支援を必要としている人々は、現実によくいる。そういう人々の「自立」を支援する（ただ「保護」すればいいというものではない！）仕組みを取り込んでこそ、「個人主義」は本当の意味での「個人の尊重」につながる。日本国憲法は、そういう意味での「個人主義」を前提にしているというべきである。

昭和21年11月3日公布、翌昭和22年5月3日に施行された日本国憲法において、すでにさまざまな事情で自立のために支援を必要としている人を支援する仕組みが予定されていたのです。

神奈川県藤沢市 小規模多機能居宅介護 おたがいさんの紹介

講演中にご紹介したおたがいさんの加藤忠相さんの講演の映像です。
<https://www.youtube.com/watch?v=4a19uYQ1cDI&feature=youtu.be>

少し前のものですが、こんな動画もあります。
<http://www.youtube.com/watch?v=mnCbFyG7MmQ>

(株) ありがトン

- ・5年半のうつ病経験、自殺未遂の経験を活かし、うつ病の人のサポートをする澤登和人さんの会社

- ・うつ病のサポートのポイント

味方

居場所

存在価値

世の中には自立のために支援を必要としている人がたくさんいます。そうした人への支援のポイントは共通しています。

うつ病当事者で、ピアカウンセラーとして活躍されている澤登さんは、うつ病の人の支援のポイントとして、

- ・うつ病の人の味方となること
 - ・居場所を失いがちなうつ病の人に居場所を提供すること
 - ・自分の価値を低くみがちなうつ病の人に自分の価値を再確認できる場を提供すること
- の3つがあるとおっしゃっています。

これは高齢者、認知症の人の支援でも共通しています。

- ・まとまらない言動を理解されず、批判にさらされやすい認知症の人の味方になってあげること
- ・職場で居場所を失い、主婦としての存在感を失い、家庭でも居場所を失いがちな認知症の人に居場所を提供してあげること
- ・認知症の人に自分の存在価値を再確認できる場を提供してあげること

セカンドチャンス（SC!）

- ・過去を隠して生きるプレッシャーから、孤独に陥り、昔の仲間と再犯を行ってしまうケースが後を絶たない少年院出院者たち。「まっとうに生きよう」と決意した彼らに居場所を提供し、「必要とされたい」と願う彼らの気持ちに答える取り組み

セカンドチャンス！という団体があります。

社会的なトラブルで少年院に入った方の自助グループです。

私は静岡刑務所という成人刑事施設に医務官として勤務していたことがあります。成人施設とは異なり、少年には可塑性があると言われています。少年院では「まっとうに生きよう」を心を入れ替えて出院してくる人がたくさんいます。そうした人の支援をする自助グループです。

セカンドチャンス！の代表の才門さんのインタビューから引用します。

SC！は支援団体ではない。メンバーの中には「協力雇用主」となり、出院者を積極的に雇っている人もいるが、それはあくまでも個人的な活動だ。「出院者の多くは支援されたいとも思っていないし、自分が支援してもらえる立場にあるとも思っていない。ただ”必要とされる場”や”役に立つチャンス”がほしいとは誰もが思っている」と才門さんは言う。

欲しいのは

- ・ 自分が必要とされる場
- ・ 自分が役に立つチャンス

社会的な存在である人間は、

- ・ 自分が必要とされる場
 - ・ 自分が役に立つチャンス
- を常に求めているのです。

普通の人には、

- ・ 自分が必要とされる場
- ・ 自分が役に立つチャンス

は自分で見つけましょう、という話になると思います。

認知症の人は自分でこうした場やチャンスを見つけないので、周囲で用意してあげる必要があるのです。

認知症のケア、認知症の人の自立支援のポイントは、こうしたところにあるのではないかと感じています。



TEDの講演を紹介するNHK番組「スーパープレゼンテーション」で昨年、ケリー・マクゴニガルの「ストレスを友達にする方法」という講演が紹介されました。

https://www.ted.com/talks/kelly_mcgonigal_how_to_make_stress_your_friend?language=ja

日本語の字幕もあります。是非、ご覧ください。

- この調査は34歳から93歳までの千人のアメリカ人成人を追跡したもので、「この1年どれくらいストレスがありましたか？」という質問から始まります。そしてこうも聞きました。「友達や近所の人を助けるためにどれくらい時間を使いましたか？」それから公的な記録を使って、その後の5年間でどの人が死んだか確認しました。最初に悪い報せです。金銭問題や家族問題のような大きなストレスのかかる体験によって、死亡リスクは30%高くなっていました。でもそれは、すべての人に当てはまるわけではありません。他の人を助けるのに時間をかけていた人では、ストレスによる死亡率の増加がまったく見られなかったんです。人を助けることが回復力をもたらすんです。ここでもまた、ストレスの健康への悪影響は不可避ではないと示されたのです。

この講演の中である研究の紹介がありました。

私たち人間は、人を助けること、人のために時間を使うことによって、心身ともに回復がもたらされるのです。

医療の役割

- ・ 治療可能な部分を見逃さないこと

認知症においては、生活障害に対する支援、すなわち環境の調整やケアの工夫がとても重要になります。

認知症における医療の役割は、後方で支える黒子の役割であると考えています。

人間は脳の機能でいろいろ考えたり、記憶したり、周囲の状況を把握して行動したりしています。

認知症は、脳の機能が低下して、認知機能障害が生じ、生活障害を生じている状態です。

残念ながら、脳の神経細胞が減少してしまったことによる認知機能低下や精神症状は、改善が難しいことがあります。

しかし、認知症の人に認められる認知機能低下、精神症状には、実は改善可能な部分がとてもたくさんあるのです。

薬物の副作用や身体機能の悪化によって、認知機能低下やさまざまな精神症状を生じることがよくあります。

それらを見逃さずに認知症の人を支援すること、こうした「治療可能な部分を見逃さないこと」も医療の重要な役割であると思います。

治療可能な認知機能障害

疾患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH, F-T3, F-T4)
ビタミンB ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁₂ 測定
髄膜炎・脳炎	髄液検査
正常圧水頭症	CT, MRI, タップテスト、システルノグラフィ
慢性硬膜下血腫	CT, MRI
脳腫瘍	CT, MRI
うつ病	
精神的ストレス	
意識障害	AIUEO TIPS

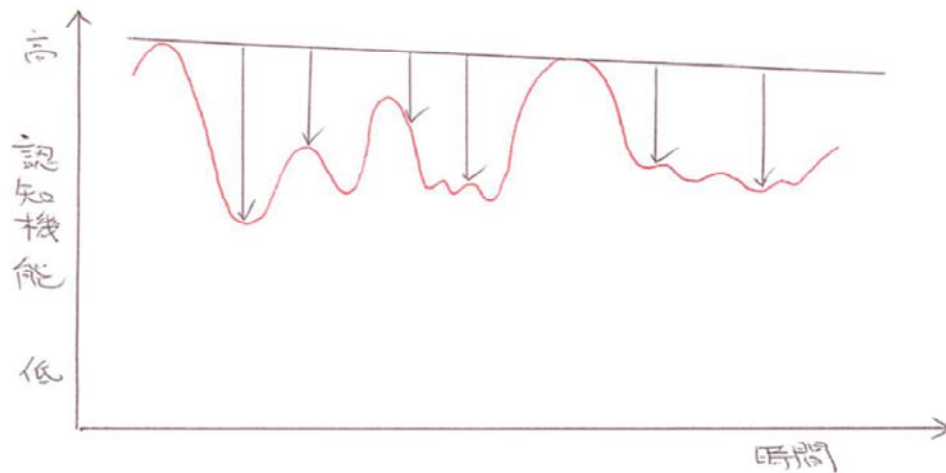
これは治療可能な認知機能障害の例示です。右側には鑑別のために必要となる検査をあげてあります。

通常、これらの疾患は「治療可能な認知症」として、認知症と診断された場合に最初に鑑別すべき原因疾患として扱われます。しかし、「治療可能な認知症」は認知症と診断された場合だけに問題となるわけではありません。たとえば、アルツハイマー型認知症の人の経過中に、甲状腺機能低下症が合併したり、正常圧水頭症が合併したり、慢性硬膜下血腫が合併したり、さまざまな意識障害が合併することも当然あり得るわけです。

これらの「治療可能な認知機能障害」を常に念頭に置きながら、認知症の人の支援を行う必要があるのです。

「治療可能」ということは、改善可能ということですので、きわめて重要です。

アルツハイマー型認知症の人が...



アルツハイマー型認知症では、大脳皮質に老人斑が蓄積し、神経細胞に神経原線維変化が蓄積することで、神経細胞の機能が低下し、減少していきます。そのために認知機能障害を生じ、生活障害を生じて、認知症の状態となります。

アルツハイマー型認知症において神経細胞はゆっくりと減少していきます。そのためアルツハイマー型認知症に伴う認知機能低下は、この黒い実線のようにゆっくりと低下していくことになります。

実際の本人の認知機能は赤の実線のように揺れ動いていたりします。この下向きの矢印がいわゆる「治療可能な認知機能障害」になります。