

人生は認知症になっても楽しめる

—ちよつと人の手を借りて楽しく生きていこう—

コロナ禍は直接の感染だけでなく、社会の隅々まで影響を及ぼしています。高齢化社会における認知症もその一つです。

日本認知症学会が昨年(2020)の八月に専門医を対象に実施したアンケート[※]では、「うつ症状を呈する認知症の方が増加した」「(施設にて)家族面会が中止となり、不安定になった」「(デイケアなどでの活動がなくなり)在宅生活で記憶障害などが進行した」といった報告がありました。どう考えればよいのか。そもそも認知症にどう対処すればよいのか。山口晴保さんに伺いました。



(福) 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
センター長

山口 晴保氏

(やまぐち・はるやす)

群馬大学・名誉教授。1976年群馬大学医学部卒業、同大学大学院博士課程修了(医学博士)。2016年9月まで群馬大学大学院保健学研究科教授。専門は認知症の医療(日本認知症学会専門医)やリハビリテーション医学(日本リハビリテーション医学会専門医)。脳βアミロイド沈着機序をテーマに30年間病理研究を続けてきたが、臨床研究に転向。認知症の実践医療、認知症の脳活性化リハビリテーション、認知症ケアなどにも取組む。日本認知症学会名誉会員

— 認知症の医療にとって、昨年は、あまり良い状況ではなかったそうですが、今年はどうでしょうか。 —

山口 外来受診などは若干上向いてきました。高齢者の新型コロナワクチン接種がだいぶ進んできましたので、私も「もの忘れ外来」でも、かなりの方が、すでに一回か二回のワクチン接種を受けています。

ただ、施設系はけっこう進んだのですが、訪問系サービスのヘルパーさんなどのワクチン接種があまり進んでいません。

ん。訪問系サービスはあちこちの高齢者宅へ伺いますから、訪問ヘルパーさんなどは早くワクチンを打てたらよいと思いますが、同様にデイサービス関係者もワクチン接種が進んでいないのです。

一方で、特別養護老人ホームなどの施設にいる高齢者や外に出かけない高齢者などが優先的に接種を受けています。

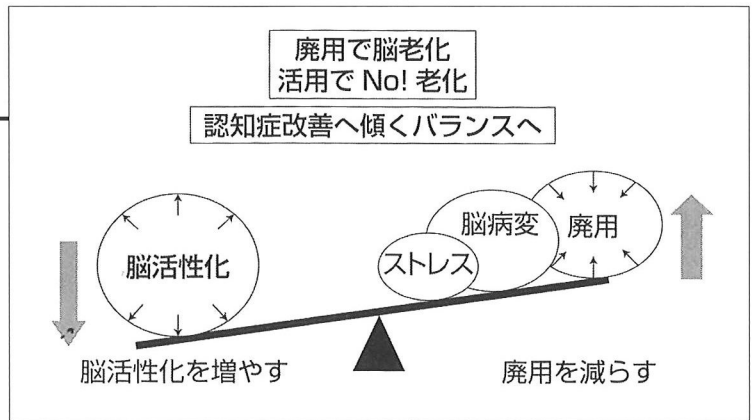
しかし、在宅と施設を往復するような高齢者の接種を先にしたほうが効率はよかったですと思います。

—— そのへんの順番が難しいですね。高齢化の進行で認知症が話題になってきていますが、その他、話題になるパーキンソン病やうつ病などと、認知症は重なると考えていいのですか。それとも全く違うものですか。

山口 基本的には別ものです。脳に起こっている変化は全然違う変化なのです。

ただ、例えばアルツハイマー型認知症の人も、かなり進むとパーキンソン病の症状やうつ病の症状が出たり、またはごく初期にも忘れから不安になって落ち込んでうつ病になる人もいますので、症状としてはかぶってきますが、病気自体は別の病気というところえ方です。

※廃用とは過度な安静が長期間続いたり活動が低下することにより、筋力や心肺機能の低下、うつ状態など身体に生じた様々な状態をさす。



●廃用を減らし脳活性化を図る
「認知症予防」(山口晴保著より)

パーキンソン病とレビー小体型認知症は近い病気です。
—— 認知症もパーキンソン病も脳の病
気と考えてよろしいですか。
山口 そうですね。基本的には特定のタンパク質が脳にたまるのですが、それがパーキンソン病の場合にはαシヌクレインという特殊なタンパクです。レビー小体型認知症でも同じタンパクがたまりま

それから認知症の中に、レビー小体型認知症と違って、ないものが見えてしまったりするタイプがあります。パーキンソン病と同じ特殊なタンパクが脳にたまるのです。ですから、同じような病変なので、そういう意味ではパーキンソン病とレビー小体型認知症は近い病気です。

それから認知症の中に、レビー小体型認知症と違って、ないものが見えてしまったりするタイプがあります。パーキンソン病と同じ特殊なタンパクが脳にたまるのです。ですから、同じような病変なので、そういう意味ではパーキンソン病とレビー小体型認知症は近い病気です。

—— 認知症は、人と接触できなくなると悪化するという話がありますが。

山口 それを理解するにはバランス、シソーラで考えたらいと思います。脳には病変ができてくるのですが、同時に脳は可塑性かそびという良くなる力を持ち、また認知の残存能力 (cognitive reserve) もあるのですね。この reserve というのは予備能力のことです。

認知症では、病変が起きることで、例えば脳の神経細胞間のシナプス結合がだんだん弱体化していく。でも、脳を使うことでこのシナプス結合は強化していく。だから何もしていないでいると、症状の進行は早い。しかし、病変が進んでも対抗す

る力を増やすことで、認知症の進行を遅らせることができる、という考え方です。運動などに関して言うと、運動すると脳病変そのものも進まなくなるといった報告もあります。運動によって、脳で新しいことを覚える海馬（記憶中枢）の神経細胞が増えますね。記憶の細胞が増えるので、記憶が良くなります。

ですから、アルツハイマー型認知症の病変で記憶が悪くなっていくけれども、運動することで海馬の神経細胞を取り戻す。増える。そうすると進行に抗えます。

まずは「運動する」ことです。これには最もエビデンス、つまり良くなる証拠があつて、効果が高いと言われています。

その次は「前向きに生活する」ことです。不安をもっていると、それだけで海馬の神経細胞が減ります。

それから「人とコミュニケーションする」とときには頭を相当使いますので、脳の廃用を防ぎ、活性化させます。

そういう効果が複合的に働いたら、脳病変に打ち勝つまではいかなないので



が、和らげることができて、進行を少し緩やかにする効果は、期待できると思います。

退職を一年遅らせるごとにリスクが3%低下する

—— 伺うと、コロナ禍で人との交流が途切れる、外出して運動できないと、認知症は進行するのも当然ですね。

山口 そうですね。

もう一つは、特に高齢期の認知症には残念ながら根本的な治療薬はほぼないです。でも「辛い辛い」とか「これからどんどん進行していくんだろう」と考えて生きるよりは、例え認知症になっても、まだまだ残っている能力がありますから、それを使えば楽しく生活できます。例えば、発症して、もしかして一〇年、一五年後には寝たきりになるだろうけれども、その一〇年、一五年をどう過ごしていくかと発想を変えれば、その一五年を楽しく生活できます。

それは障害受容という考え方もあります。例えば脳卒中で片半身まひになつてしまつて「辛い辛い」と言っていると、

本当に辛い人生になってしまいます。でも、「片一方の手が動かなくても、もう片一方が動くじゃないか」と発想を切り替えれば、いろいろなことができます。

発症年齢では、六五歳より前に発症する若年性の場合はかなり辛いです。ただ国の調査だと、若年性認知症の患者さんは三万六〇〇〇人くらいで、認知症全体の1%以下です。

つまり、認知症の九九%は六五歳以上の方だし、その半数は八五歳以上です。

—— 例えば、退職して誰とも会わなくなつて、たまに会うと言葉が出にくくなつている……認知症とは関係ないですか。

山口 関係ありません。それは言語流暢性（word fluency）と言つて、ある医師は「言語流暢性を調べるだけで認知症かどうかある程度わかる」と言っています。

そのテストとして「今から一分間で動物の名前をたくさん言ってください」と言われたら、一応の目安は十数個です。正に言語流暢性で関連ある単語に次々に飛んでいきますね。例えば、鳥の名前が出たら「鳥はほかになかったっけ」とか「四つ足で何かなかったっけ」と連想してどんどん名前が出てくる能力を見るテ

ストですが、認知症になると二個以下(目安)になってきます。それと同じ答えを繰り返します。

他に統計学的な研究もあって、退職を一年遅らせることに認知症のリスクが三成低下する、という論文もあります。

—— **高齢化における認知症は避けられない問題と認識すべきなのですか。**

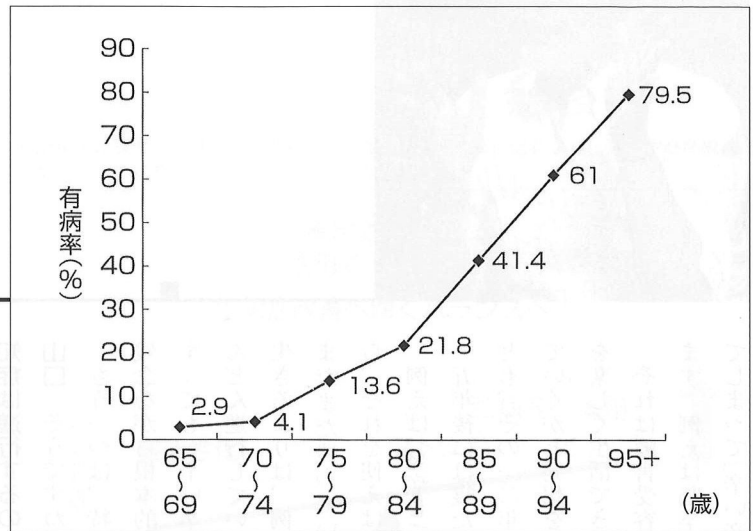
山口 まあ、そうですね。

認知症の有病率のグラフがあります。日本人では九五歳を超えた高齢者のほぼ八割が認知症です。九五歳以上、つまり一〇〇歳まで生きると、八割は認知症になっているのが現実ですね。

ですから、九〇歳を超えて認知症になる方は正常です。ならないほうが少数派です。老化現象として脳に病変ができてきますが、四〇歳くらいで始めた人は、六〇代くらいで認知症になります。病変ができて始めてから発症するまで二〇年以上かかります。

そういう意味では二〇年かかるから、その間にどれだけ良い生活をするかが発症を遅らせる要因にはなりません。

今、認知症を発症したとすると、その前の数年間、もの忘れだけの時期があ



●年代別認知症有病率
「認知症予防」(山口晴保著より)

**南の小さな島に行くと
認知症レベルの人でも
楽しく暮らしている**

ライフスタイルも関係しています。寝不足、お酒の飲みすぎ、たばこの吸いすぎなどもそうですが、たばこをものすごく吸っている方は認知症になるまで長生きできないから、ならないのですね。

ります。もの忘れはするけれども、まだ生活管理ができるから認知症ではない。軽度認知障害(MCI)と言っているもので、認知症の前段階です。その前は無症状ですが、脳を調べると脳に病変ができています。

—— **体質などに関係あるのでしょうか。**

山口 DNAは多少関係しています。

—— **無症状期にコンピュータ断層撮影(CT)をすればわかるのですか。**

山口 CTではわからないです。βタンパクが成長したβアミロイドがたまっていくかどうかは、アミロイドイメージングという検査方法があり、炭素14が付いている化合物を注射して陽電子放出断層撮影法(PET)のできる装置で撮ると、画像でわかります。この検査は、まだ保険適用になっていません。臨床試験で薬の効果を見たりするときに、大病院などでこの検査をしている段階です。

また背中から脳脊髄液を抜くと、MRIくらいのもので診断はつきます。ノーベル賞をもらった島津製作所の田中耕一さんが、マススペクトルという分子の質量分析の装置を使って、血液の中からβタンパクを見つける装置を開発しています。実用化すると血液で脳にβアミロイドがたまっているかどうかわかるようになります。研究論文などは出ていますが、実用化の手前です。そういう検査が実用化されると、無症状期でβアミロイドがたまっていることがわかります。

ただ、βアミロイドが脳にたまるという現象は老化現象でもあるので、四〇代

でたまっている人は5%くらいですが、八〇代では症状はなくても六割、七割の人にたまっているのです。

——そうすると、アミロイドがたまっても認知症とは限りませんか。

山口 そうです。βアミロイドがあるから必ずしもアルツハイマーになっっていくかどうかはわからないし、しかもたまりはじめてから二〇年かかるので、八〇歳でたまり始めた人だったら、発症は一〇〇歳ですから、その前に多くの方は寿命がきてしまいます。

検査のターゲットになるのは四〇〜六〇代くらいでたまっている人です。最近新聞等でいろいろにぎわしていますが、アメリカでアデュカヌマブというアルツハイマー型の抗体薬が認可になりました。脳でβアミロイドがた

まっていることを調べて、そのアデュカヌマブを使えば治療ができる可能性があります。ただし、アデュカヌマブは、薬剤費だけで年間六四〇万円くらいかかります。

私はよく言うのですが、



四〇代で認知症になる方はいますが、それは数万人に一人など、市議会議員になるくらい難しいのです。ところが、九〇歳を超えると逆に半分以上なってしまう。本当に年齢依存性で、五歳長生きをすると認知症になる人が二倍に増えるのです。

——以前は認知症はほとんど意識されませんでした。

山口 一つはあまり長生きをしなかったから、認知症の人が少なかったということとあります。それと呆けや老衰と言われていて、高齢者の認知症は問題視されなかった時代もあります。

治療薬もなかったこともあります。でも、十数年前にアリセプト（ドネペジル）という薬が出てきて「ちゃんと治療をしようよ」ということになりました。認知症はなるべく早く見つけて、アルツハイマー型だったら「ドネペジルで進行を遅らせようよ」ということで、より見つかるようになってきたこともあります。

——昔はあまり病氣と思っていなかったのかも知れませんね。

山口 そうなのです。歳を取れば多少はもの忘れもするし、大家族だから「じい

さん、ばあさんは何もしないでもいいよ」と……。そうすれば困りませんね。今、東京などで一人でマンションに住んでいたら、認知症の手前（MCI）くらいから近所からいろいろ言われたり、ということが起こってきます。自分の家がわからなくなる、ゴミを出せなくなるなど。

南の小さな島を見に行ったこともありますが、東京だったら認知症のレベルの人でも何の不自由もなく楽しく生活しています。テストをやったら認知症の点数ですが、実生活は全然困ってなくて、みんなが助け合って生活しているから、何の不自由もなく生活できます。

認知症の初期は生活管理ができなくなるのです。それが問題です。独居で生活管理ができなくなったら、正に困ったことになります。でも、大家族だったら本人が生活管理できなくても周りの人がやってくれるから、生活できますね。

——先生は認知症の方をずっと診ていらっしゃるのですか。

山口 私は初めは神経病理と言って、亡くなった人の脳を解剖して調べる仕事をやっていました。がんで亡くなった四〇代の脳を調べて、βタンパクが何%くら

いの人に出てくるか、そういう仕事を医学部を卒業してから三〇年くらいやっていました。今から二〇年くらい前から臨床を一所懸命やるようになりましたが、二〇〇〇年くらいまでは私の仕事は世界で最先端の病理研究をやって、英語で論文を書くことでした。一九九〇年からは患者さんを診たり、群馬大学で理学療法士、作業療法士を教えていました。認知症の方のリハビリや、どうやって能力を引き出すかなどを中心に行ってきました。

普通は臨床に入ったらずっと臨床なのですが、私は神経病理に入って脳病変を調べる研究をやりながら神経内科に入ったので、パーキンソンや片麻痺、そういう症状を診るトレーニングを受けてきてリハビリテーション専門医になって、さらに認知症の専門医を今やっています。そういう意味では、病理からケアまでとても幅広くやってきました。

—— リハビリはライフワークですか。

山口 そうですね。基本的に医学はできないところに目を向けるのです。例えば認知症というと、認知機能である記憶が悪い、実行機能である段取りができないというマイナスに目を向けます。

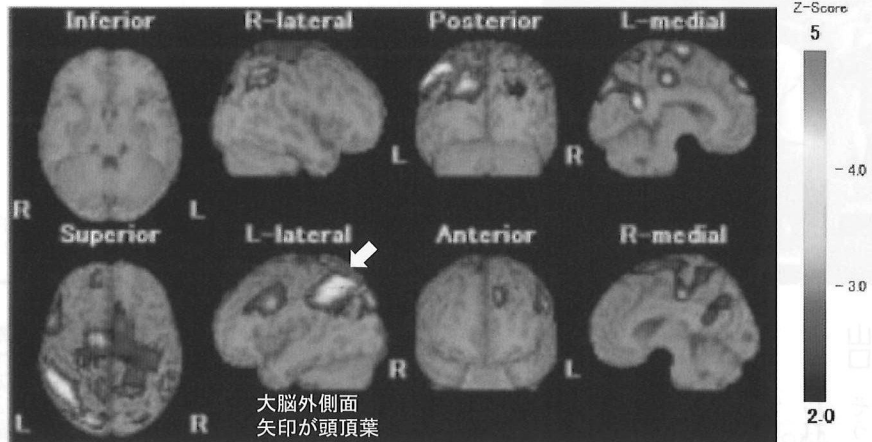


図 アルツハイマー型認知症の脳血流SPECT画像所見(テクネシウム99mで標識したトレーサーで撮影した後統計解析ソフトeZISで処理した画像で、血流低下部位がカラー表示されるが、本図は白黒変換画像のため白色部で血流低下が強い
左右の頭頂葉外側面と後部帯状回・楔前部の血流低下が、アルツハイマー型認知症の特徴的所見

でも、リハビリは逆です。「この人にどんな能力が残っているだろうか。確かに記憶が悪い。段取りができない。でも、ちょっと段取りをしてあげれば、あとは自分でできるね」というふうに支援すれば、その人は楽しい人生を過ごせます。ケアの考え方は、日本では「この人はできないね。代わりにやってあげよう」になっちゃって。でも、リハビリはそうではなくて、「この人はできないね。でも、どこの部分を手伝ってやったらできるよ

うになるだろうか」というアプローチをします。それが能力を引き出すアプローチですが、そういう考え方が広まってくるといいなと思っています。

不安だ不安だと言うより 能天気に生きたほうが 脳にとってはいい

—— ユーチューブの動画で先生の脳活性化リハビリテーションの「五原則」を拝見しました。一番目が「快刺激」で、そのときそのときが楽しい、役割をうまくやっていくということでしたが。

山口 五原則を作ったのは一五年以上前ですが、認知症の方にリハビリをしようとしたときに、「これをやろうよ」と言っても、やる気を出してもらえずに「嫌っ」と言われてしまいます。そもそもアルツハイマー型認知症の本質は、自分が病气だと思っていないところにあります。

そういう方のやる気を引き出すにはどうしたらいいか。記憶が悪いから「後でいいことがあるから、今がまんしようね」というのは無理です。そのときそのときが楽しくないと、やってくれない。それが一番目の「快刺激」です。とにかく「楽

しくやりました」ということです。

二番目が「コミュニケーション」を取るとのことです。本人の言うことを聞きながら対応することが大切です。

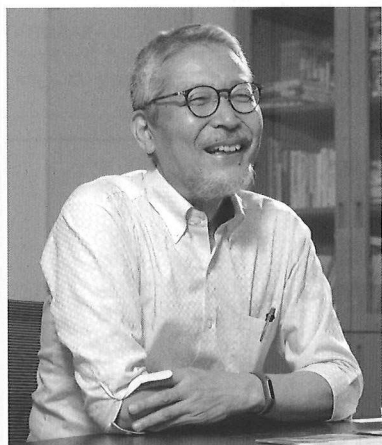
三番目が「役割」です。基本的に「この人は認知症だから何もできない」、ではなくて、認知症でもできる役割は何だろうかと考えます。「この人は『ハイ』と答えることができる。だったら、ちょっと号令をかけてもらおうか」、「食べる前に『いただきます』と言ってもらおうか」など、そんなことでもいいのです。ただ、やってもらったら「やっていただいいて、ありがとうございます」と感謝をしたり、「ほめること」がとても大切です。これが四番目です。

そして五番目は「失敗を防ぐ支援」。どうしても失敗するので、さりげなく失敗しないようサポートすることが、大切です。

この五原則でやると、うまくいくことが多いのです。

—— 浴風会はどういう組織なのですか。

山口 大正時代にできた老



人施設です。当時は養老院です。天皇陛下の下賜金をもとに建物造って、養老院を始めたわけです。今年、九五周年になります。

それから病院ができて、戦前は浴風会病院は有名な病院でした。日本の脳卒中リハビリの発祥の地でもあります。病院のほか、特養が三か所、それから養護老人ホームなどの付属施設も含めて九〇〇人近い職員がいます。

—— 先生は、今も患者さんを診ていらっしゃるのですか。

山口 ここでは診てませんが、私が診ている病院が群馬県前橋市にあります。家が前橋なのです。やはり臨床を週に一回くらいやってないと。薬の名前など忘れてしまいます（笑い）。

認知症というネガティブな代表、なりたいくない病気の代表ですが、考え方を変わると、認知症は長生きをしないとされません。戦争やがんで死んでしまった人は認知症になれません。認知症になった人の大部分は長生きできた人です。ですから、認知症になるまで長生きできてよかったと考えてほしい。

そして、なっても海外旅行にも行ける

し、楽しいことをいっぱいできます。

ただ、それには多少人の手を借りないといけないです。老いを受け入れて、認知症を受け入れて、「なっちゃったけど、ちよっと人の手を借りて楽しく生きていこう」とすれば、なってもいるいるなことができて楽しく過ごせます。

いつかなるから不安ですが、不安をもっていること自体が認知症になりやすくなります。不安自体が脳に良くないのです。

—— なかなか難しいですね。

山口 難しいのですが、どこを歩いていてもいつ天から何か落ちてくるかわからないじゃないですか。それを不安だ、不安だと言っているかもしれないです。それよりは能天気な生きたほうが実は脳にとってはいいのです。

ストレスを与えると、脳の海馬の神経細胞が小さくなってしまいます。それからストレスホルモンを加えると、脳病変が増えます。

だから気楽にしていればいいのです。が、そうすると寿命が延びます。長生きをしようと、認知症になることをご理解いただきたいのです。

（聞き手・本誌 桑原政昭）