

認知症を基本から理解する

～認知症の人といかに向き合うか～

認知症の正しい理解に基づいた 医療・介護を含めた 包括的アプローチの必要性

認知症ケアにおける問題点の多くは、認知症に対する理解の不足に基づいていると言われる。認知症高齢者への接し方、ケアに必要な技術を考える前提として、何が原因で認知症になるのか、症状の背景には何があるのかといった認知症についての正しい理解が欠かせない。ここでは、アルツハイマー病の基礎研究に長年にわたって取り組み、リハビリテーションにも詳しい群馬大学医学部保健学科教授の山口晴保氏に、認知症についての基礎知識と、認知症ケアの在り方について解説してもらった。



群馬大学医学部保健学科 教授
山口晴保氏

認知症の正しい理解が 適切なケアにつながる

認知症とは単一の疾患を指すものではなく、記憶をはじめとした認知機能が低下して社会生活に支障を来す状態を示す症候群である。その原因疾患として、アルツハイマー病や脳血管性認知症などがあり、経過や症状はそれぞれに違いがある。最近では認知症の原因や、どのように進行するかなど、認知症の本態が徐々に明らかにされ、治療法の研究も進んでいる。また、病態が明らかにされたことで、原因疾患によって治療やケアを変えていく必要性もわかってきたという。そのため山口氏は、適切な治療やケアを行うために、認知症の診断の際には可能な限り、原因疾患まで明らかにすることが重要だと話す。

「老人性痴呆という診断が多く使われてきましたが、これは単に高齢者に認知症があることを示しているにすぎません。こういったあいまいな言葉で認知症を診断するのではなく、その原因疾患を明らかにすることで、まずは治療が可能かどうかを見極め、さらにそれぞれの原因疾患に適した治療やケアを選択していく必要があるのです」

また、脳には可塑性(回復力)がある

ことから、脳の神経細胞の崩壊が進んでいないうちであれば、適切なリハビリテーションによって症状の進行を遅らせ、あるいは機能を回復させる可能性も最近の研究では示されているという。ところが一般には「認知症はなったらおしまい」といったネガティブなイメージが強く、そうした認知症についての理解不足により適切なケアに結び付かないケースが多い、と同氏は指摘する。

「例えば「財布を盗られた」といったもの盗られ妄想には、認知症によって日常生活に支障を来すことに起因する不安や混乱がベースにあると考えられます。そうした不安や混乱を取り除くケアが必要なのですが、財布を探し出して『ここにあるじゃない』などの否定的な対応を取ってしまうと、逆に混乱が増してしまい、次々と能力を失ってしまう悪循環に陥ってしまいます。反対に、行動の裏側にある不安をくみ取りそれを聞いてあげるケアをすると、その人なりに安心して生活でき、それが症状の緩和につながります。このようにケアの質は認知症の進行にまで影響してくるのです。まずは認知症とはどのような病気かを正しく理解し、原因疾患に加えて個々の性格や環境を考慮した適切な対応を取ることが、認知症ケアの基本です」

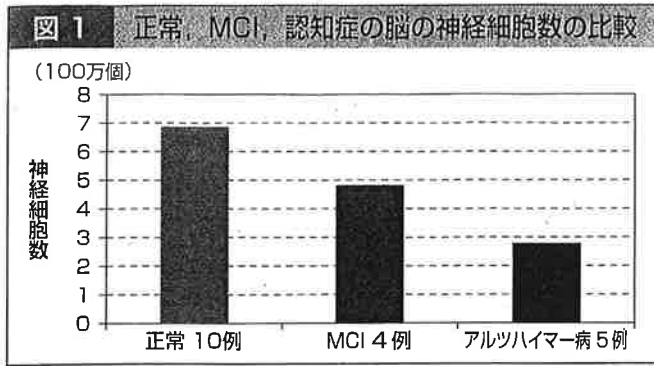
βアミロイドの沈着が引き金となり 脳の神経細胞の崩壊が起きる

では、認知症の原因はどのようなものか。原因疾患の約半数を占めるアルツハイマー病について、山口氏に解説してもらった。

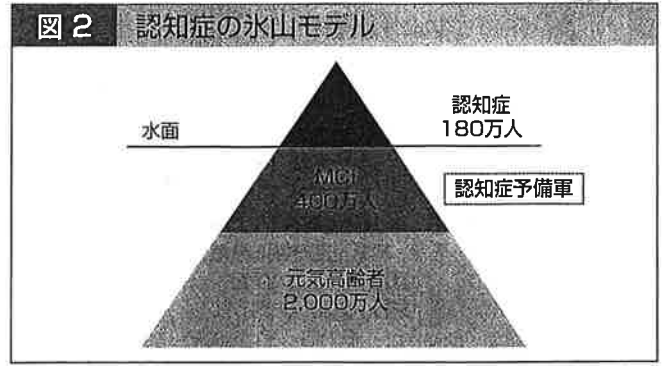
アルツハイマー病の脳には必ず老人斑と呼ばれる病変が存在する。これは、脳のなかで不要となった蛋白(β蛋白)がたまり、これが塊となってβアミロイドを形成し脳に沈着することで生じる。健常な脳では不要なβ蛋白は除去されるが、老化により除去能力が低下すると脳のなかに蓄積してしまう。βアミロイドの沈着は、早い人で40歳代から見られるが、沈着があってもすぐに発症するわけではなく、沈着が始まって20～30年ほど経過してからアルツハイマー病を発症する。

βアミロイドの沈着がアルツハイマー病の原因であることを端的に示す例として、同氏はダウン症を挙げる。

β蛋白の前身であるβ蛋白前駆体の遺伝子は、21番染色体上に存在する。本来2本であるはずの21番染色体を3本持つダウン症では、β蛋白前駆体の遺伝子量が健常者の1.5倍あるため、β蛋白も1.5倍産生される。そのためβアミロイド沈着が生じやすく、ダウン症で



(出典/山口晴保 編著: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹! 脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう。協同医書出版, 2005)



(出典/山口晴保 編著: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹! 脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう。協同医書出版, 2005)

は10歳代から脳に老人斑が出現する。その後、50歳代にはアルツハイマー病と同様の脳病変が出て、認知症の症状を呈するというのである。つまり、老人斑が出てから約30数年後に発症するというアルツハイマー病と非常に似通った経過をたどる。

以上のことなどを背景に、同氏は「アルツハイマー病とは、βアミロイドの沈着が引き金となって神経原線維変化が生じ、脳の神経細胞ネットワークが崩壊して認知症の症状を呈する疾患であるという見方がコンセンサスを得ています」と説明する。

認知症は死なない病気ではなく 確実に死に向かって進行する

アルツハイマー病はβアミロイドが徐々に蓄積されていくため、ゆっくりと進行していくのが特徴である。日本ではアルツハイマー病は統計学上死因の1%にも満たないが、実際にはアルツハイマー病は確実に死に向かっていく病気である、と山口氏は説明する。

「初期には大脳皮質連合野や海馬に病変が見られ記憶障害などの症状はありますが、体は動きます。しかし末期になり、脳の病変が進行すると体が動かさなくなり、食べものも飲み込めなくなります。日本ではそこで胃に管を入れて命を永らえますが、それをしない米国や豪州では、アルツハイマー病は死因の第4位を占めています」

また、認知症はいくつかの要因が複合して発症に至ることが多い、と同氏は言い、それを示す研究報告として、修道女の脳を解剖して調査を行った米国のナンスタディを挙げた。この研究では、確実なアルツハイマー病の病変がありながら発症しなかったケースが見られる一方、ぎりぎりの病変でも発症したケースが見られた。両者の違いは脳梗塞の有無で、前者には脳梗塞の病変は見つからなかったのに対し、後者では見つかったという。

「ナンスタディの結果は、アルツハイマー病の発症が脳病変の存在と必ずしも一致するわけではないことを示しています。つまり、脳病変に脳血管障害が上乘せられて、アルツハイマー病の発症を後押ししている可能性が示されています。また、脳病変があっても発症しないケースからは、修道女の規則正しい活動的な生活が発症を遅らせている可能性も考えられます。つまり、健全な生活や適切なケアによって、発症を防止したり、症状を軽減できる可能性が示されているのです」

脳病変が現れ始めるMCIの段階からかかわっていくことが重要

アルツハイマー病の原因がβアミロイドの沈着によることが明らかにされて、βアミロイドを減らす治療法の研究が進められ、効果的な治療法の開発も期待されている。しかし、病気が進

行し、神経細胞が大量に崩壊してしまった後では、神経細胞はもとに戻らず、治療効果はあまり期待できない。したがって、多くの神経細胞が残っている早期の段階で介入していくことが望ましく、認知症の前段階とも言えるMCI(軽度認知障害)に対応していくことが重要だ、と山口氏は話す。

「MCIとは、認知症のように日常生活に支障を来すところまではいかないが、記憶をはじめとする認知機能が少し悪くなってきている状態を指します。この段階で脳の病理を調べると、神経細胞の崩壊が、正常な人と認知症とのちょうど中間程度に見られます(図1)。また、ある縦断研究では高齢者の認知症発症率は1年で1%なのに対し、MCIの人では10%と高率に発症しました。MCIはまさに認知症予備軍と言えるのです。MCIは認知症の2~3倍もいると推計されており(図2)、積極的にアプローチを行い、神経細胞の崩壊をこの段階で食い止めることは、介護予防の意味でも重要と言えます」

脳活性化リハビリテーションで 高齢者の生きがいを創出

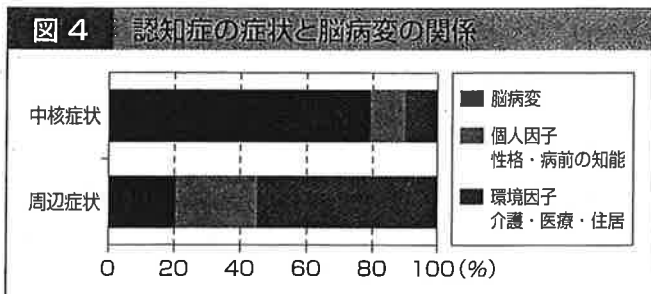
続いて山口氏は、アルツハイマー病の諸症状と適切なケアのポイントに言及する。

アルツハイマー病の症状は、大きく分けて中核症状と周辺症状がある。

中核症状は、記憶障害や見当識障害、



(出典/山口晴保 編著：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう。協同医書出版、2005)



(出典/山口晴保 編著：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう。協同医書出版、2005)

思考・判断・遂行機能の障害といった認知障害を指す。これに対し、幻覚や妄想といった精神症状と、徘徊などの行動障害を含めたものを周辺症状と呼ぶ(図3)。周辺症状は、認知障害を背景に生じる不安や混乱をベースに、周囲とのかかわりのなかで生じる。

「中核症状は脳病変そのものの影響を強く受けるのに対し、周辺症状は環境因子、つまりどういう介護を受けているか、どのような住環境にいるか、あるいはその人の性格や生い立ちなど、個人因子の影響を強く受けます(図4)。本人が穏やかな性格で周囲もよい介護をしていると、周辺症状を全く示さないケースもあるほどです」

このように、認知症高齢者の不安を取り除くことがケアのポイントになる。同氏はそれを踏まえて、自ら取り組んでいる脳活性化リハビリテーション(以下、脳活性化リハ)について説明する(文献)。

脳活性化リハとは、「適度な快刺激

による意欲、生きがいの創出」を目指すもので、認知機能を高めることよりも、高齢者が自分を否定することなく前向きに生きていこうと思えるようにかかわっていくものだ。同氏は、その際にあくまで認知症高齢者にとって「快刺激」であるアプローチが必要だと強調する。

「認知症の方は不快な刺激は受け付けません。時間の認識がないので、未来のために

我慢するということができず、今が楽しくなければ受け付けられないのです。快刺激によって、本人が前向きになるよう仕向け、役割を演じることで生きがいを創出することが、症状の進行の悪循環を断ち切る方法だと考えています」

医療も含めた包括的なかわりで前向きに暮らせる環境づくりを

山口氏が、脳活性化リハの一環として取り組んでいるのが、作業回想法である。これは単に高齢者が集まって昔話をするのではなく、古い遊び道具や洗濯板など昔使っていた道具を用意して、それを媒介にコミュニケーションを促進すると同時に、教えるという役割を演じてもらうものだ。アルツハイマー病では、海馬の神経細胞が壊れて出来事記憶が悪くなるのが特徴だが、小脳には比較的影響が少なく、手続き記憶は保たれているため、昔の道具の使い方などは覚えている。その残された能力を生かして、脳活性化リハにつ

なげようという試みである。

「なじみのある道具を見ると、高齢者の表情が途端に明るくなって、『こうして使うんだよ』と自然に会話が出てきます。こうしたやり取りのなかで、介護を受ける側の高齢者と若い介護者の立場が逆転し、高齢者が介護者に使い方のコツを教えるというところが見られます。こうして教えるという役割を演じることが、生きがいに繋がります。介護者から褒められたり、感謝されることで、高齢者はやる気になりますし、コミュニケーションは安心感を生みます。それが脳活性化リハのおもな流れです。音楽療法や学習療法のようにアプローチの方法は違っても、同様に快刺激であれば脳活性化リハは可能です」

さらに同氏は、身体活動によって海馬の記憶に関係する神経細胞が新たに生まれるなど、認知機能が高まることが科学的にも明らかにされていることから、「楽しく頭を使い、楽しく体を使うこと」を、同時進行で行うことが望ましいと語る。

そのうえで同氏は、認知症ケアにおいては医療も含めた包括的なかわりが重要であることを強調する。

「認知症は、よいケアをすれば必ず治るというものではなく、残念ながら症状が進んでしまうこともあります。しかし、すべては前向きにかかわっていくことから始まります。過度に期待せず、かといって最初からあきらめず、きちんと理解して認知症高齢者と上手に付き合っていくこと。周辺症状の背景にある彼らの不安や混乱を見抜いてケアに生かし、同時に医療もかわり、治せる疾患には適切に対応していくことで、認知症があっても明るく前向きに生きていけるような環境づくりができると考えています」

〈文献〉

山口晴保 編著：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう。協同医書出版、2005。