「環境と健康シリーズ」No.65

認知症

ー予防から介護までー

北大阪医療生活協同組合
本町診療所 所長
医学博士
山本　秀樹

公益財団法人 大同生命厚生事業団

ごあいさつ

日本人の平均寿命は世界でもトップクラスで、男女ともに80歳を上回っています。しかし、急速な高齢化の進行は、医療や介護が必要な期間が長くなることにつながり、必ずしも喜ばしいことばかりではありません。これからは、「健康寿命」（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）に目を向け、社会全体で延ばしていくことが課題となっています。そのためには保健・医療・福祉およびボランティア活動の役割が、これまで以上に重要になってくるものと考えております。

当財団では、昭和49年に設立以来、公共の福祉の増進にいささかなりともお役に立ちたいとの願いから、

1．地域に密着した公衆衛生活動や福祉活動に従事している方々の、「地域における保健・医療・福祉に関する研究」への助成
2．シニア（年齢60歳以上）の方々のボランティア活動への助成
3．ビジネスパーソンの方々のボランティア活動への助成
4．疾病の予防と福祉に関する小冊子の発行

などの事業を行っています。

小冊子の発行につきましては、病気に関する正しい知識と予防、健康管理あるいは福祉の諸問題の中から、とりわけ関心の高いものについて、専門家の方々にご執筆をお願いしてまいりました。

今回は、平成21年発行の「認知症について」を大幅改訂し、「認知症」の予防から介護について詳しく解説していただきました。

「認知症」に関する正しい知識を身につけていただくことで、皆さまの健康寿命延伸に、少しでもお役に立つことができましたら幸甚に存じます。

公益財団法人　大同生命厚生事業団
理事長　**工藤　稔**

目　次

はじめに …… 4

Ⅰ 認知症とは …… 5

Ⅱ 疫学 …… 6

Ⅲ 症状 …… 8

Ⅳ 原因疾患 …… 16

Ⅴ MCI（軽度認知障害）と若年性認知症 …… 27

Ⅵ 認知症の検査と診断 …… 29

Ⅶ 認知症の治療 …… 34

Ⅷ 認知症の介護 …… 39

Ⅸ 認知症の予防 …… 44

Ⅹ 新オレンジプラン …… 50

はじめに

私たちの日本は現在、世界一高齢化率が高い社会を迎えています。しかし、現在では“長寿を祝う”という言葉どおりに肯定的に受け止められない状況があります。「孤独死」「介護地獄」「虐待」など長生きに対して暗い印象がもたれつつあります。認知症もその代表的なものかもしれません。認知症という言葉は多くの方が認識されており、将来、認知症になりたくないとも言われます。でも実際に認知症という病気を正しく理解されている方は少なく、ご家族や周囲の方々が認知症を発症していてもなかなか気付かれないというのが、実情ではないでしょうか。私共の物忘れの専門外来を受診されるケースをみても多くの症例は、認知症を発症してかなりの年月が経過しているというのが現実です。超高齢化社会とされる今では「いつ」「どこで」「誰が」発症してもおかしくない病気です。平成28年国民生活基礎調査によると、要介護者で介護が必要になった主な原因は認知症が24.8％と最も多くなっています。近い将来１千万人以上の国民が何かしらの認知症問題（介護などを含めて）に直面すると言われています。認知症の方々が住み慣れた地域で末永くご家族とともに生活できるような社会の構築を目指したいと考えます。そういった意味で本書が少しでも認知症という病気をご理解いただくのに役立てば幸いです。

I 認知症とは

脳の神経細胞が病的に死滅し（その原因については、多くはまだ充分に解明されていません）その結果、認知機能（記憶・見当識・判断力など）の低下を来たし今までできていたことが少しずつできなくなっていき日常生活を含めた社会生活に支障をきたす慢性進行性の病態を言います。最初は仕事などに支障をきたすレベルから始まり、更に進むと家事などにも支障をきたし、最終的にはセルフケア（摂食、更衣、排泄、入浴や清拭（せいしき）など我々が毎日繰り返し行っている行為を言います）の自立も困難に至ります。即ち認知症は、認知機能の低下に基づく生活機能不全症候群と言えます。一方脳の神経細胞は老化現象でも死滅します。これは、いわゆる生理的な死と呼ばれています。一説によりますと人が高等動物であるために必要な部分を司る脳の神経細胞は130～140億個あると言われ、それは20歳頃から生理的な死が始まり平均一日に10万個程度死んでいくとも言われています。

Ⅱ 疫学

わが国における認知症の有病率（ある時点に疾病であった者の数をそれに対する人口で割った割合を示します）は軽度例を含めて４～７％の範囲にあると言われています。1990年には約100万人と言われた認知症高齢者も2000年には160万人を超え、今後は更に増加し厚生労働省は、2012年に65歳以上の高齢者（約3,079万人）の15％が認知症であると発表しその数は、約462万人にのぼると報告しています。また、認知症の予備軍であるMCI（軽度認知障害）の数は約400万人であるとも報告しています。

年齢段階別出現率

65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%

この表は、高齢者の年代別の認知症の出現率を示したものですが、加齢とともに５歳刻みにほぼ２倍に増加し、85歳以上では30％近くに達します。

認知症高齢者の予測推移

	2012年	2015年	2020年	2025年	2030年	2040年
患者数（万人）	462	525	631	730	830	953
65歳以上の高齢者に対する出現率	15.0%	16.0%	18.0%	20.6%	23.2%	25.4%

この表は、65歳以上の認知症を有する高齢者の将来推計を示したものです。今後も認知症を有する高齢者が増加し続けることを示しています。

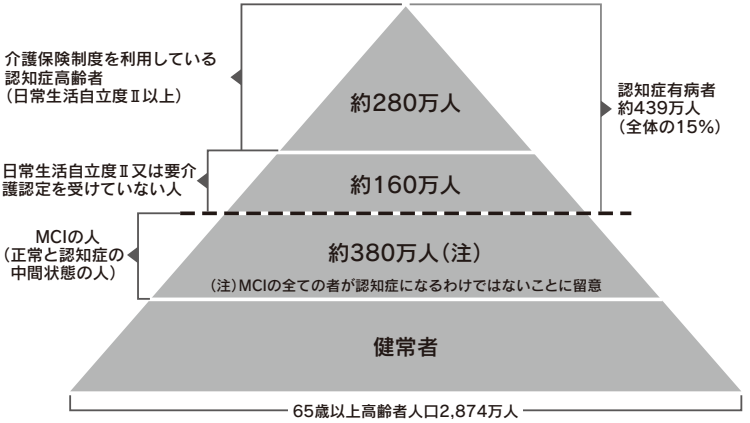


図１．65歳以上の高齢者における認知症の現状（2010年・推計値）

（厚生労働省「認知症高齢者の現状」／平成22年）

Ⅲ 症状

認知症の症状は、中心となる「中核症状」とそれに伴っておこる「周辺症状」に分かれます。「中核症状」は、記銘力障害や見当識障害や判断力および理解力の低下など認知症の患者さんに必ずみられる症状です。一方、「周辺症状」は、不安や怒りっぽいなどいろいろな異常な行動がみられます。これらの「周辺症状」の出現には個人差があります。例えば、徘徊なども認知症の方全員に伴う症状ではありません。

中核症状

ご本人や周囲の方が「できなくなった」「だめになったのかしら」と悩まれる症状です。認知症の中心症状なので中核症状と呼ばれています。脳の神経細胞が死滅することによって直接おこる症状です。これに対する根本的な治療法がないため本人の不安や混乱をできるだけ和らげることが重要です。

①記銘力障害

「登録」→「保持」→「再生」という過程がスムーズに流れる時、記憶が維持されることになります。認知症の方では、「登録」が行われても「保持」する過程が障害されるので「再生」の段階に至らずその結果、認知症が進めば５分、10分前のことが記憶に残らない状況になります。一方、健常者では、時に「再生」即ち想起することが困難なことがあります。（例えば、テレビを視ていて顔はわかるが、名前がすぐに出ないなど）これは、老化による脳の神経細胞の生理的な死の結果です。

碁盤の目のように縦、横に仕切られた大きな戸棚があると仮定してください。何かを体験した情報が小さく仕切られた引き出しに保存され、必要なときにスムーズにその情報が保存されている引き出しを開けることができれば、我々は、そのことを正確に記憶していることになります。老化現象の「顔は分かるが名前が直ぐに出てこない」といったケースでは、情報の入っている引き出しをスムーズに開くことができない状態です。ただし、情報はどこかの引き出しに保存されているので、ある時、ふと思い出すことは可能です。一方、認知症が進むと情報を保存すべき引き出しが壊れていき、結果として情報を保存する場所がなくなり、戸棚のすべての引き出しを開けたとしてもその情報を入手することはできません。体験全体の記憶を失うのが認知症の記銘力障害の特徴でこれをエピソード障害と言います。

ただ、認知症の最初からエピソード障害が現れるわけではありませんので、その点は、誤解されないことです。例えば、昨夜の夕食のメニューが想いだせなくても食べたということを認識できていれば、認知症ではないと言われることが多いようですが、認知症の最初から、食事を取ったことが認識できないわけではありません。いずれにしても昨夜の夕食のメニューが想いだせないことがあれば、一度専門医に相談されることをお勧めします。

②見当識障害

時間、場所、家族構成などの状況の認識ができないことを言います。認知症の方が、日付を朝から何度も尋ねるのも時間に対する見当識障害の現れです。頭の中の「時間の物差し」が壊れたように考えると時間的見当識障害は理解しやすいです。こ

の症状があると「少し待ってて」の「少し」が分からなくなります。一般的には、時間、場所、状況の順番で順次、見当識が失われていきます。認知症が進むとご家族の認識もできなくなることがあります。

③判断力の低下

理解力が低下し理論的に物事を考えることができなくなります。何かアクシデントに遭遇したときに次の判断ができないので、さらに危険な状況に陥る可能性があります。例えば、自宅で転倒し骨折した場合、自ら家族などに助けを求めることができず、倒れたままの状態で、誰かが偶然発見してくれるまでそのままの状態でいることもあります。あるいは、道に迷ったときに誰にも尋ねることもなくひたすら歩き続け想像もつかない遠方で保護されることなどもあります。これも的確な判断ができず問題解決能力の欠如の現れです。

④言語障害（失語症）

よく使う言葉が出てこないで「あれ」、「これ」、「そこ」といった指示語が多くなります。言われていることが理解できず、また、言いたいことを上手く伝えることができません。簡単な単語の意味も理解できなくなります。

⑤失行

日頃使っていた日常物品などが上手く使えなくなります。スイッチを押しても作動しない時に、操作が分からないという反応を示すよりも、「壊れた」と電化製品に問題がある（故障している）と考えることが多いようです。進行すると着衣などにも問題が生じます。なお、新しい電化製品の使用法が分からないのは、記憶障害が原因となります。

⑥失認

見たり、音を聞いたりした物が何かわからなくなります。空間や間隔に対する感覚が障害されるために、羊羹(ようかん)や野菜を均等に切ったり、等間隔に種を蒔いたりすることが難しくなります。この間隔や広がりに対する見当識障害は、様々な場面で生活に重大な影響があります。例えば車の車庫入れの時に、車両感覚が鈍って車を柱に当てたりします。また、スピード感覚も鈍くなり、右折のタイミングや合流が難しくなり、事故の危険性が増します。

⑦実行機能障害

例えば料理をする場合、目的（何を作るか）に向かって手順を踏んで（献立を考える、買い物をする、調理する）遂行する機能が障害されます。このように途中でうまく行かず、適当に料理を進めることが多いようです。その結果、似た内容の献立が増えます。また、冷蔵庫の中が「ぐちゃぐちゃ」になることが多いようです。

＊ご家族が認知症と気付く変化

「同じことを何度も言ったり聞いたりする」「置き忘れやしまい忘れが目立つ」「物の名前がでない」「時間や場所の認識が不確かになる」「財布が盗まれたなどのいわゆる物盗られ妄想の出現」「ささいなことで怒りっぽくなった」などがあります。これらの変化でご家族が物忘れ外来に相談に来られるのは、「物盗られ妄想」が出現したときが多いようです。同じことを何度も言ったり聞いたり、置き忘れやしまい忘れ程度では、相談に来られないのが、現実です。ご家族は、歳だから仕方ない、そんなものだと思っていたとよく言われます。これらのご家族

の判断が結果的に認知症の診断を遅らせる原因となっているようです。

＊見落としてはならない認知症の初期サイン

・同じことを何度も言う、尋ねる

・置き忘れ、しまい忘れの結果探し物をよくする

・すぐに腹を立てて怒る（易怒性）

・趣味などの興味を失う

周辺症状

認知症の「中核症状」は認知機能障害ですが、それ以外にも精神症状や行動異常を伴うことが多いです。これら「中核症状」に付随する「周辺症状（行動、心理症状）」があり、この行動症状と心理症状は総称してBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と呼ばれています。BPSDの症状は様々ですが、幻覚、妄想、攻撃、不穏など症状によっては介護者を悩ませ負担となることが多いです。ある程度薬物療法が期待できますが、認知症の方を取り巻く環境が大きなウエイトを占めます。特に介護者の接し方が重要です。周辺症状は、認知症の重症度とは相関せず、認知症が重症化すると認められなくなる場合もあります。この種の症状は、脱落していない神経細胞が障害に対して反応することによって引き起こされた症状と理解することができます。即ちBPSDは、中核症状の一つである「物事や状況の理解の低下」という症状の結果、出現する症状とも言えます。それでは、何がBPSDの誘因になるのでしょうか。

BPSDは、不安や不快を感じた時に誘発されます。それでは、認知症の方はどういう状況の時に不安や不快を感じるのでしょ

うか。ご自身を取り巻く内外の環境（外的環境のみならず、身体的、心理的な内なる環境を含めて）の変化が起きた時にその現状や原因が理解できないのでBPSDが出現します。

精神症状

①譫妄（せんもう）

意識障害で特に意識の量の変化ではなく質の変化を言います。量の変化は例えば交通事故で意識不明に陥った時などが、それに該当します。意識の質の変化時は、現実と非現実の区分ができず、誤った発言や行動を伴います。例えば、かなり以前に亡くなっている夫が帰宅するからと言って、夜中に突然台所にたち炊事を始めようとする行為などは、譫妄の結果です。

②妄想

誤った訂正不可能な考えのことを言います。しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだというのが「物盗られ妄想」です。このような妄想は最も身近なご家族が対象になることが多いです。「物盗られ妄想」は、ほとんどがお金で、財布や通帳が対象になり、女性に多くみられます。この他に「嫁がご飯に毒を入れる」という被害妄想や「妻が若い男性と交際している」といった嫉妬妄想などもあります。「嫉妬妄想」は、女性より男性に多く見られます。

③幻覚

幻が見えたり聞こえたりすることを言います。認知症では、幻聴より幻視が多いようです。自宅に居るはずのない人が、泊まりに来ているなどと言うこともあります。

④抑うつ状態

気分が滅入って悲観的になること。最近調子が悪いと訴える

ことが多く、口数も少なくなります。また、外出の機会が少なく自宅内に閉じこもることが多くなります。今までしていた趣味などにも興味を示さなくなり、いろいろなことに無関心になります。うつ病では、気分の感情の障害（悲しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがありますが、認知症に伴う抑うつ状態では、あまりこれらは訴えられません。自宅内でただ、ボーっと無為に過ごす時間が増えます。

⑤興奮、易怒性

いつもイライラしていて、ちょっとしたことで怒りっぽくなり、時には興奮して暴力に及ぶこともあります。特に行動を注意されたり、制止されたりする時などに起こりやすいです。

⑥不安

自分が認知症であると明確な病識をもつことはありませんが、いままでできていたことができなくなったとか、物忘れがひどくなっているという病感があることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。例えば、「病院へ行くのは明日？」と同じことを何度も確認するのも不安の表れです。

⑦多幸

上機嫌で一人で面白がっています。

⑧脱抑制

マナーや礼儀正しさが失われた感じがします。

行動症状

①徘徊

目的や目的地の正しい認識ができず歩き回ることです。室内や玄関先の範囲では、同じところを行ったり来たり、意味のない行動を繰り返すなども見られます。

②睡眠障害

認知症の進行とともに夜間の不眠や昼寝が増加して昼夜逆転などが見られます。

③依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人になると落ち着かなくなり常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

④介護への抵抗

入浴を嫌がったり、身体的な介護のアプローチがあると興奮したりして介護に抵抗を示すことがあります。

⑤暴力

認知症高齢者の約30％が３個以上の精神症状を持っており、その中で身体的攻撃性は頻度が高いとされています。また、認知症高齢者の88％にBPSDを認め、その内35％に攻撃性、焦燥、興奮を認めるという報告もあります。一般的に攻撃性という場合に叩く、押す、引っ掻く、蹴るなどの身体的攻撃性（暴力）と大声で叫ぶ、罵る、癇癪（かんしゃく）を起こすなど言語性攻撃（暴言）に分けられます。

神経症状

パーキンソン症状～動きが鈍くなり姿勢や歩行が不安定となり転倒し易くなります。特に歩行は、すり足で歩幅が狭くなるのが特徴です。その他食べ物を飲み込む嚥下機能の低下などが見られます。

Ⅳ 原因疾患

アルツハイマー型認知症と血管性認知症が認知症の二大疾患と言われています。1980年代には血管性認知症がアルツハイマー型認知症より優位でしたが、1990年代になるとそれが逆転しアルツハイマー型認知症が血管性認知症より優位になり欧米型になっています。

認知症は現在かなり細かく分類されていますが、次を四大認知症とよんでいます。

・アルツハイマー型認知症　　・血管性認知症
・レビー小体型認知症　　・前頭側頭型認知症

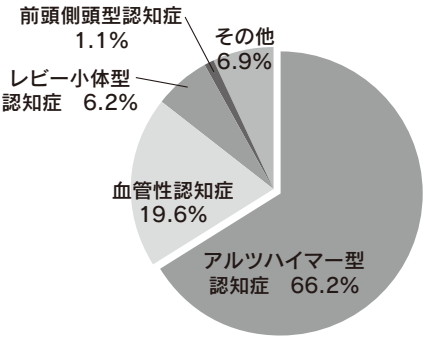


図２．認知症のタイプの割合

（厚生労働省　第19回　新たな地域精神保険医療体制の構築に向けた検討チーム資料より）

①アルツハイマー型認知症

認知症を来たす疾患の中で一番多い疾患で、60％以上を占めています。今後もこの疾患が増加し、占める割合も更に高くなると予測されています。この疾患は、1907年ドイツのアルツハイマー博士によって報告された病気です。脳の神経細胞は誰でも加齢とともに減っていきますが、アルツハイマー型認知症の脳では、早期になおかつ急激に失われていきます。アルツハイマー型認知症を患った人の脳には、茶色い染み（老人斑）が多く確認されます。これは「アミロイドβ」という異常な蛋白質が沈着したもので老化した脳にも見られますが、アルツハイマー型認知症脳では、比較的早い段階から見られるのが特徴です。老人斑以外にも変化した神経線維の糸くず様の束（神経原繊維変化：NFT）が見られるようになり、これらが、脳全体に蓄積することで正常な神経細胞を脱落させ脳の萎縮が進行すると考えられています。しかし、こういった現象がなぜ起こるのかは充分に解明されていません。

アルツハイマー型認知症の発症機序

①神経細胞外に難溶性のアミロイドβ（Aβ）の沈着が始まります。これが数年続くと今度は、神経細胞内で同じく難溶性の変性τ（タウ）蛋白の沈着（神経原繊維変化：NFT）が始まります。これを機にアルツハイマー型認知症の発症に至ります。

「アミロイドβの沈着」

神経細胞の膜安定化のためにアミロイドβ前駆体（APP）が神経細胞の膜を貫通して存在しています。これは、切断酵素に

よって脳神経細胞の活動の結果としていわゆる「生活ゴミ」としてアミロイドβ（Aβ）を放出します。切断酵素には、α、βとγの３種類が存在します。

①α切断酵素→Aβ42（正常型）を放出しこれは可溶性にて吸収排泄され脳内に留まることはありません。神経細胞が正常に機能している時はα切断酵素が働きます。

②β切断酵素→Aβ42（異常型）を放出します。しかしこれはすぐにγ切断酵素の働きでAβ40に切断されます。結果的にAβ42（異常型）と結合し脳内に沈着蓄積されます。

③γ切断酵素→Aβ40とAβ42（異常型）を放出します。これは難溶性で脳内に沈着蓄積されます。

アミロイドβの特性

①正常型と異常型のAβのアミノ酸配列は全く同じであるが構造に差があります。

②Aβ40そのものは、凝集性は低いが異常型Aβ42を核としてその周辺に集まり難溶性の塊を形成します。

③生理的にみられる老人斑とは若干構成が異なります。

「神経原繊維変化：NFT」

アルツハイマー型認知症は、発症10年程前よりアミロイドβの沈着が始まり、発症の３～４年前よりタウオパチー（神経原線維変化NFT）が起こると考えられています。微小管結合蛋白の一つであるタウ蛋白が細胞内に蓄積する状態をタウオパチーと称します。これには微小管結合部位が３ヵ所（３リピートタウ）と４か所（４リピートタウ）が存在します。

＊両者が蓄積する認知症～アルツハイマー型認知症。神経原線維変化型認知症。

＊３リピートタウ～ピック病

＊４リピートタウ～ PSP（進行性核上マヒ）。嗜銀顆粒性認知症。

〈クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD)〉

アルツハイマー型認知症と並ぶ構造病（コンフォメーション病）の代表疾患は、CJD（クロイツフェルトヤコブ病）に代表されるプリオン病です。プリオン病は、組織に沈着した難溶性蛋白質が感染性を有することが他に類を見ない特異的な点です。正常型プリオンは元々体内に存在しているが、異常型プリオンが体内に入るとそれ自体が増殖する代わりに正常型プリオンが異常型プリオンに次々に変化していきます。異常型プリオンは正常型プリオンとアミノ酸配列（253個のアミノ酸よりなります）自体が同じですが、アミノ酸の繋がり方の違うαヘリックスとβシートの含有率が異なります。正常型がαヘリックス42％、βシート3％であるのに対して異常型はαヘリクス30％、βシート43％となっています。

突発性CJDは、40～60歳に好発し発症率は10万人に対し0.01～0.1人と言われています。罹患期間は短く半数が６ヵ月以内に75％は１年以内に死亡するとも言われています。なお、角膜や硬膜の移植やアルブミン製剤や成長ホルモン剤の使用による医原性CJDは、国内においては1996年に初めて認識されました。変異型CJD（BSEなどからの感染）に関しては、1996年３月英国政府はBSEが極めてまれに人にうつり変異型CJDを発病する可能性があることを認めました。

参考

＊アルツハイマー型認知症と構造病（コンフォメーション病）について

特定の宿主蛋白質の高次構造が変化して難溶性となり組織に沈着する疾患群を構造病（コンフォメーション病）と総称します。アルツハイマー型認知症の場合は異常型アミロイドβ（Aβ）の沈着が神経細胞を破壊します。アミロイドβには、正常型と異常型があり、正常型は脳内に一定の間、留まったあとに吸収されるので、長く脳内に留まることはありません。即ち、難溶性となり神経細胞を死滅させることはありません。ところで、この正常型と異常型のアミロイドβは、アミノ酸（蛋白質を構成する最小の単位をいい、蛋白質はアミノ酸がいくつか繋がって出来上がります）配列は、全く同じです。しかし、構造即ち、アミノ酸の繋がり方に差があり、正常型は、溶解性で異常型は難溶性で脳内に沈着します。

特徴

＊発症、進行は緩徐である。

＊多くの場合、物忘れが初発症状である。

＊物忘れが徐々に強くなり見当識障害が加わる。

＊言いたい言葉がでてこなくなったり言葉が理解できなくなったりする。

＊道に迷う。

＊病初期に抑うつを認めることがある。

＊「物盗られ妄想」はこの疾患の重要なサイン。

アルツハイマー型認知症のステージと臨床症状

どの症状が出現したからどのステージにあたるかは、厳密には決められないものです。あくまでも症状は、ステージの参考です。

（軽度）

・年月日が不確かになる（時間に対する見当識障害）。

・食事の準備や買い物がうまくできなくなる。

（中等度）

・近所以外で道に迷う（場所に対する見当識障害）。

・季節に合った服や釣り合いの取れた服が選べず服をそろえるなどに介助が必要となる。

・入浴を忘れる。

・車を安全に運転できなくなる。

・大声をあげるなどの感情障害や多動、睡眠障害により医師による治療的関わりがしばしば必要になる。

（高度）

・配偶者やこどもの顔がわからない（人物の見当識障害）。

・家の中でもトイレの場所がわからない。このレベルだと隣近所でも道に迷う。

【着衣に介助が必要】

・寝巻きのうえに普段着を重ね着してしまう。

・ボタンなどきちっとかけられない。

【入浴に介助が必要】

・身体を上手く洗えない、洗髪ができない。

・お風呂から出た後、身体を拭くことができない。

【トイレに介助が必要】

・きちんと拭くことを忘れる、また済ませたあと服を直せない。

・尿、便失禁などもみられる。

【言語機能、語彙の衰退】

・短い言葉が途切れがちになり、単語、短い文節に限られてくる。さらに進行すると理解しうる語彙は、限られた単語のみになる。

【歩行能力の衰退】

・ゆっくりした小刻み、すり足の歩行となり、階段の昇り降りに介助を要する。

◆脳内では何が起きているのか？

（１）大脳皮質に著しい萎縮がみられる。

（２）老人斑、神経原線維変化、神経細胞の脱落がみられる。

（３）神経伝達物質に異常が生じている。

◆大脳皮質の著しい萎縮

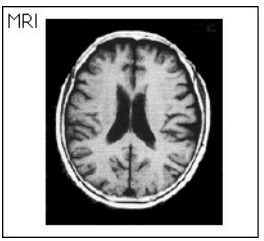
アルツハイマー型認知症脳では脳全体（特に海馬を含む側頭葉内側部や頭頂葉の萎縮が著しい）が萎縮していきます。成人では通常1,400ｇ前後ある脳の重さが、発症後10年位経つと800～900ｇ以下に減少します。

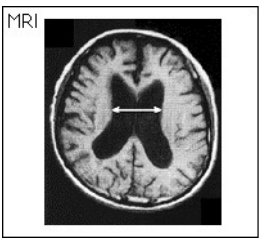
◆神経伝達物質の異常

脳内には、神経細胞同士の情報交換を司る何種類かの神経伝達物質と言われる物質が存在します。その中で特に記憶に関する情報を伝達する神経伝達物質がアセチルコリン（Ach）です。このアセチルコリンの減少がアルツハイマー型認知症の発症に深く関与していると考えられています。

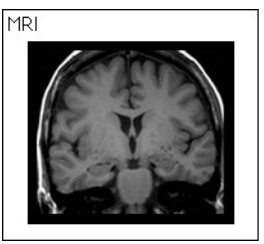
脳室の拡大と記憶の中枢と言われている海馬（○）の萎縮が見られます。

正常（脳）　　アルツハイマー型認知症（脳）





上の写真は、正常脳（左）とアルツハイマー型認知症脳（右）のMRI画像を示していますが、アルツハイマー病脳では、脳が萎縮し結果として脳脊髄液が循環している側脳室の拡大（矢印で示した部分）が見られます。



記憶の中枢と言われている海馬（○印で示した部分）がアルツハイマー型認知症脳では萎縮し正常脳に比べ海馬周辺の画像上黒く見える部分が拡がっています。

②血管性認知症

脳の血管が詰まったり破れたりすることによって、その部分の脳の神経細胞が死滅しその結果、認知症に至ることがあります。このような認知症を血管性認知症といいます。アルツハイマー型認知症についで多い認知症の原因疾患で、20％程度を占めています。脳の中に大きな梗塞がある場合や小さな梗塞がたくさんある場合、脳全体の血流が低下している場合など様々な原因で発症します。脳卒中発作後に突然、症状が現れたり、

階段状に進行、悪化したりすることがしばしば見られます。障害された部位によりある能力は低下しているが、別の能力は比較的維持されている様にまだら状に低下しているのも特徴の一つです。

◆脳の血管が詰まったり破れたりします。

血管性認知症の原因としては、脳梗塞の多発によるものが大部分（70～80％）を占めます。脳血管障害により脳の血流量や代謝量が減少しその程度や範囲は認知症の程度と関係します。

◆血管性認知症の症状の特徴

障害された部位により症状は異なり、めまい、しびれ、言語障害、知的能力の低下等にはむらがあり、まだらに出現します。

③レビー小体型認知症
（Dementia with Lewy Bodies:DLB）

レビー小体病は、レビー小体の出現する疾患を包括する概念であり、その中にはパーキンソン病やレビー小体型認知症（DLB）などが含まれます。レビー小体は、神経細胞に出現する封入体で、主にαーシヌクレインの蓄積からなります。おおまかに言うと、脳幹部までレビー小体が分布し主に運動障害をきたしているのがパーキンソン病、大脳新皮質にまで広範囲にレビー小体が分布し認知症や精神症状をきたしているのがDLBです。

レビー小体型病認知症は、アルツハイマー型認知症、血管性認知症に次いで多い認知症の原因疾患です。アルツハイマー型認知症の症状、経過とよく似ていますが、次のような特徴を伴

います。

＊症状（覚醒レベル）が変動しやすい。はっきりしていたと思えば、また、ぼーっとして、時間によって日によって症状が変動する。

＊幻視がよくみられる。（人や動物の姿など具体的な姿がみえる）

＊パーキンソン様症状を伴う。（歩きにくい、転びやすい、動きが緩慢である、手が不器用など）

その他、誤認妄想が顕著であることが多いようです。抗精神薬への過敏性が強く副作用が出やすいなどの特徴もあります。

④前頭側頭型認知症

脳の前方部に限局性の萎縮を呈し、特徴的な行動異常や言語症状を呈する変性性認知症は、従来からピック病（1892年にアーノルド・ピック博士が「老化性脳萎縮と失語症との関連」と題して初めて報告）と呼ばれアルツハイマー型認知症と並ぶ代表的な若年性認知症と位置づけられています。次のような特徴があります。

＊アルツハイマー型認知症に比べて発症が若い傾向にある。

＊もの忘れより人格変化が目立つ。

＊自己中心的、短絡的行動、意欲の低下などが見られる。

＊だらしない行動が目立つ。

＊食事の好みの変化、偏食、過食、繰り返し行動（常同症）などが見られる。

認知症における食行動異常

味付けの濃い料理への嗜好の変化、大食、決まった少数の食品や料理に固執する常同的な食行動が目立つことが多いです。

認知症における常同行動

常同行動とは、短絡的、固定的、画一的思考に基づいて常同的、滞続的、強迫的とみえるある程度まとまった行動が繰り返されることです。視空間的失認を有するアルツハイマー型認知症の徘徊に対して常同症では、周徊（毎日ほぼ同じ時刻に同じコースを同じパターンで繰り返し歩く）と呼ばれ進行期まで道に迷うことはありません。

＊言語障害など

言葉がでない、字が書けない、読めないなどの症状が見られます。また、会話中に同じ内容の言葉を繰り返す滞続言語（質問の内容と無関係に何を聞いても同じ言葉を繰り返す）や反響言語（例えば、大阪駅という場合、大阪駅、駅、駅など）なども特徴的です。

V MCI（軽度認知障害：Mild Cognitive Impairment）と若年性認知症

①MCI（軽度認知障害）

記銘力の低下はあるが、日常生活に影響せず自立して生活できる認知症の前段階の状態を言います。

次の５つが全部当てはまるとMCIと考えられます。

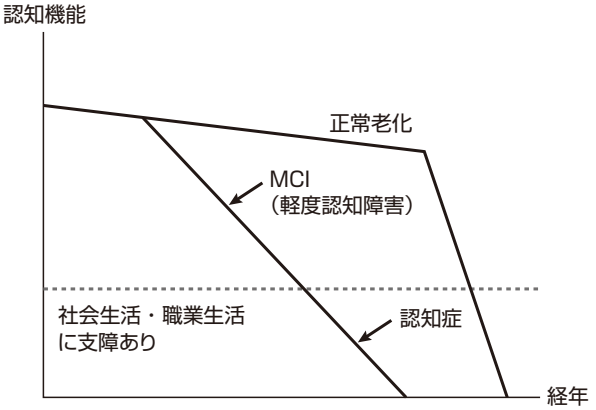
1　物忘れを自覚している。

2　客観的に記憶障害がある。
（新しいことを覚えられない、維持できない、想いだせない）

3　認知機能は保たれている。

4　日常生活は基本的に自立できている。

5　認知症ではない。



軽度認知障害と認知症の概念的変化

［認知予防・支援マニュアル　東京都老人総合研究所より］

2012年の厚労省によるとMCIのある人は約400万人（65歳以上の約13％を占めます）と推測されています。MCIは、１年間で約12％、６年間で約80％が認知症に進むとの報告があります。

MCIの段階で対策を行えば、認知症の発症を防げる可能性があります。

②若年性認知症

65歳未満で発症した認知症をいいます。基礎疾患の割合は血管性認知症が約40％と最も多く、次いでアルツハイマー型認知症が約25％と続きます。ただし、血管性認知症の多くは事故などによる高次機能障害で、「進行性」の認知症といった場合にはアルツハイマー型認知症が最も多いと考えてよいと思われます。若年性認知症の場合、高齢者の認知症とはまた違った問題があります。

（ⅰ）経済的な問題～働き盛りの年齢での発症にて一家の大黒柱が倒れることになりその日から経済的に困窮する。

（ⅱ）制度利用の障害～制度に関しての年齢制限はかなり改善されてきましたが、実際のサービスなどの利用運用となるとまだまだ障害が多いようです。若い人に適したサービス内容は少ないのが現状です。

Ⅵ 認知症の検査と診断

認知症は患者さんやご家族への問診、知能テスト、画像診断、血液検査などの結果を総合的にみて、診断がなされます。問診では、まず患者さんの状態を身近でみているご家族から情報を得たうえで、その結果をもとに患者さんからお話を聞くのが一般的です。そのため、ご家族はいつ頃からどんな症状が出始めたなどを整理しておくとよいでしょう。また、患者さんの診察時には、簡単な知能テストを行います。知能テストにはさまざまな方法がありますが、最も多用されているのは「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」です。他にも複数の知能テストを行い、総合的に評価することもあります。これらの結果から認知症が疑われる場合は、脳血流シンチグラフィや画像検査（CTやMRIなど）で脳の萎縮の有無や血流の異常を確認しアルツハイマー型認知症なのか、あるいは血管性認知症なのか、またどの程度病状が進行しているかなどをより詳しく調べます。

【問診に答える心構え】

患者さんからの情報は認知症を診断するときの重要な目安になります。そこで患者さんだけでなく、ご家族にも症状やその症状に気づいた時期など詳しく聞かれます。これらの情報は診断に役立つだけでなく、介護のうえでも大変参考になります。事前に整理しておくことをおすすめします。

＊よく質問されること

・いつごろから、どのような症状が出現してきたのか？

・現在はどのような症状があり、その症状で困っている点は何か？

・今までの既往歴はあるか？
・現在、治療中の病気はあるか？また、内服薬は何か？

改訂長谷川式簡易知能評価スケール

長谷川和夫氏によって考案された評価テストで、認知症を診断するために医療や福祉の現場で幅広く用いられています。20分前後と比較的短時間で簡単に評価できますが、意思疎通の難しい被験者には不向きです。30点満点中20点以下を認知症の疑いありとしていますが、軽度の認知症は平均19.1点、中等度で15.4点、高度で10.7点、非常に高度で4.0点となっています。なお、この正しい施行と診断は専門医に委ねてください。

1	お歳はいくつですか?（2歳までの誤差は正解）	0　1
2	今日は何年の何月何日何曜日ですか?	（年）　0　1 （月）　0　1 （日）　0　1 （曜日）　0　1
3	私たちが今いるところはどこですか?（自発的に出れば2点。5秒おいて家ですか?病院ですか?施設ですか?の中から正しい選択をすれば1点）	0　1　2
4	これから言う3つの言葉を繰り替えし言ってください。 あとでまた尋ねますので覚えておいてください。 a）桜　b）猫　c）電車	0　1 0　1 0　1
5	100から7を順番に引いてください。	（93）　0　1 （86）　0　1
6	これから言う数字を逆から言ってください。 （6−8−2）　（3−5−2−9）	（286）　0　1 （9253）　0　1

7	先ほど覚えてもらった言葉を言ってください。（自発的に回答すれば2点。a）植物　b）動物　c）乗り物などのヒントを与えて正解すれば1点）	a：0　1　2 b：0　1　2 c：0　1　2
8	5つの品物をみせます。それを隠しますからなにがあったか言ってください。（時計、鍵、鉛筆、スプーン、歯ブラシなど相互に無関係なもの）	0　1　2 3　4　5
9	知っている野菜の名前をできるだけ言ってください。 10秒間答えがでない場合はそこで打ち切る。 0～5個＝0点　6個＝1点　7個＝2点　8個＝3点 9個＝4点　10個＝5点	0　1　2 3　4　5

日常生活チェックリスト（認知機能だけでなく生活機能も診ることが大事です。）

領域	○×	チェック内容
A		同じ事を何回も話したり、尋ねたりする
A		置き忘れやしまい忘れがある
B		出来事の前後関係がわからなくなった
B		服装など身の回りに無頓着になった
C		水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
C		同時に二つの作業を行うと一つ忘れる
C		薬を管理してきちんと内服することができなくなった
C		以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
C		計画を立てられなくなった
C		複雑な話を理解できない
D		興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動を止めてしまった
D		前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
D		大切なものを盗まれたと言う

【判定】

A～Dの領域で、複数の領域に該当すると認知症が疑われます。

認知度チェック

日常生活で、こんな変化は見られませんか？

物忘れが目立つ

・ついさっきの出来事を忘れる　・置き忘れが頻繁にある

・行事、催し物に出てもあとで忘れている

・食事をしたことを忘れている

今までできたことができなくなる

（買い物）

・必要なものを必要なだけ買えない

・同じものばかり買ってしまう

（料理）

・同じ献立が続く　・食事の用意に時間がかかる

（家計）

・おつりの計算に戸惑う　・お金の管理ができない

（道具）

・家電の操作がうまくできない

人柄や性格がいつもと違う

（取り繕い）

・失敗を指摘されると必要以上に怒る

・ミスを隠そうとする

（興味や関心の低下）

・世間のことやニュースに関心をもたない

・日課や趣味をしなくなる

（うつ状態）

・元気がない　・意欲がなくぼんやりしている

（妄想）

・しまい忘れをして、物が盗られたという

時間や場所で戸惑う

・曜日が分からない　・日付が分からない　・季節を間違う

・外出して道に迷ったりする

Ⅶ 認知症の治療

治療は、薬物治療だけでなく、より良い介護環境を整えたり、適切な介護・ケア・非薬物療法などバランスの良い治療が基本になります。

◆中核症状に対する治療

①アリセプト

認知症の中心となる症状を根本的に治療する薬は、今のところありません。しかし、アルツハイマー型認知症の進行を遅らせる薬である、塩酸ドネペジル（アリセプト）が、多くの患者さんに処方されています。アルツハイマー型認知症の諸症状発現に直接繋がるのは、アセチルコリン（Ach）を産生する神経細胞の機能低下や脱落による脳内のAch量の低下であり、脳内のAch量の低下により神経伝達が悪くなり種々の脳の活動性が低下することにより発症すると考えられています。正常に神経細胞が維持され活動している時には、脳内のAchは、一定の期間が過ぎるとアセチルコリンエステラーゼ（Ach-E）という物質で壊され再度新しいAchを産生します。ところが、アルツハイマー型認知症に至るとAch-EでAchを壊しても次に新しいAchを充分に産生することはできませんので、アリセプトでAch-Eの働きを阻害し、Achの減少を少しでも抑えています。即ち、アリセプトは、新しいAchを産生するのではなく、古くなったAchを壊さないで脳内に長く留めておく働きがあります。そういった意味で、アリセプトは、新しいAchを産生するものではないので、認知症を治癒させる薬剤ではなく、進行を

少しでもゆるやかにすることを目的とした薬剤です。

②レミニール

アリセプトと同様にAchの分解酵素のAch-Eの阻害作用と直接ニコチン受容体に結合してAchの感受性を高める作用があります。

③イクセロンパッチ、リバスタッチパッチ

この２種類は全く同じもので商品名の違いで、夫々内服薬ではなく貼付剤です。Ach-Eとブチルコリンを分解するBuch-Eの両者を阻害します。

①～③は、ともにコリンエステラーゼ阻害剤で同効薬剤なので、同時に２剤以上併用することはできません。

④メマリー

グルタミン酸のNMDA（N－methyl-D－asparatic acid）受容体の阻害作用を介してグルタミン酸の細胞毒性を抑制します。

アルツハイマー型認知症の治療薬の今後の展望

脳組織に異常に凝集、沈着したアミロイドが主なアルツハイマー型認知症の病態と考えられています（アミロイドカスケード仮説）。アミロイド免疫療法は、脳組織に沈着するアミロイドを免疫反応により減少させその後の神経細胞変性を生じにくくさせると考えられています。当初開発されたワクチンでは脳髄膜炎が合併したが、脳組織からのアミロイドの減少が確認されています。現在はより安全なアミロイド免疫療法の研究が進められています。一方、アミロイドの凝集を抑制する目的で、γセクレターゼ阻害剤も開発研究が行われています。私自身の

個人的な意見としては、アミロイドβの沈着のみで、認知症の発症に至っていない段階でアミロイドβの除去が出来れば、タウタンパクを経てα変性をアルツハイマー型認知症の発症に至らず、予防することが可能かと考えています。即ち、アルツハイマー型認知症は、発症前治療が確立されることを期待しております。

◆BPSD（行動、心理症状）の治療

BPSDを治療する際、最も重要なことは、治療の必要性があるかどうかです。治療が必要なBPSDとして患者さんにとって苦痛や負担になっている場合や介護者やご家族の負担になっている場合が考えられます。認知症の人のBPSDには、抗うつ薬、抗不安薬、抗精神薬、睡眠薬などの向精神薬が処方されます。しかし、高齢者には副作用による転倒などもあるため、できるだけ少量を短期間に使用する考えで処方されます。最近では、このような薬物使用に関して米国食品医薬品局（FDA）が新しい表現をしています。それは「このBPSDにはさまざまな背景があって生じるため、その介護者にとって問題となっている行為であっても、別の介護者によっては問題とならないこともある。認知症の人の意思がうまく表出されないために生じるものであるため、その人の真の思いを考え、不安要因を改善していくことが治療の第一歩ではないか、それでも効果がなければ薬物を使用する」ということです。

次にBPSDがおきる原因として

１）合併症の治療薬による副作用

２）身体疾患の不調

３）環境・状況などの変化　などが考えられます。そのため、

BPSDの治療の原則は、原因を探りその原因を取り除くことが、重要です。まずは、薬物を使用せずに対応をします。それでも治療困難な場合には薬物治療を試みます。

非薬物療法的アプローチ

非薬物療法とは精神症状や行動異常を標的にする治療法の総称です。非薬物療法が共通して目標にしているのは、QOL（生活の質）の向上で、混乱や不穏のない穏やかな生活の場をもたらすことです。非薬物療法のメリットとしては、以下のようなことが考えられます。①介護者にも余裕が生まれ介護が円滑に進みます。②薬物療法のような副作用の可能性がほとんどありません。③日中の活動度があがり不眠が改善して睡眠薬の減量になるなど薬物の減量や中止が可能になります。非薬物療法に期待される効果としては、以下のようなことが考えられます。①問題行動、精神症状の軽減と予防②残存機能の維持③対人交流の促進④情緒の安定⑤意欲の向上などが、期待されます。

施設などでは専門職による心理療法などが行われています。

①回想法　患者さんの人生を回想させることにより、自己認識を回復させます。日常生活でよく使った物や道具、その時の写真やおもちゃなどを使い昔を思い出してもらいます。

②RO（リアリティー・オリエンテーション）　見当識を高め周囲に関心を促すために行います。認知症の人の現実（リアリティー）について見当識（オリエンテーション）高めるための療法です。

③アニマルアシストセラピー（動物介在療法）　動物と触れ合う場所を設けて関心を促し精神的安定を図ろうとするもので

す。

④音楽療法　患者さんが好きであった音楽を見つけて音楽演奏や鑑賞を通じて過去を想起させます。これにより心が和み精神的安定につながります。

Ⅷ 認知症の介護

認知症の人の心理と体験している世界

＊わからないことの連続ー想いだせない、考えてもわからない。→不安と混乱

＊家事や仕事の失敗ー自信がなくなる、孤独、諦め→自尊心の喪失

＊現実の世界について行けないー周囲とのずれ、戸惑い、焦り、苛立ち→焦燥・恐怖

＊自分自身が壊れていくー強い恐怖

認知症の方の世界は、いわば、連続した線で生きているのではなく、不連続な線や点で生きており瞬間、瞬間を生きているといえます。

1．認知症の人の気持ち

①プライドは失っていません。自尊心や羞恥心はあります。

②過去と現実が混同しています。過去の事が時間の経過どおり順序立てて思い出せず現実と区別がつきません。

③精神的に常に不安定な状態です。しかし、それを的確に認識できず他者にも正確に伝えることができません。

◆介護もひとつの治療

介護も治療のひとつです。認知症では、薬物療法や非薬物療法の他に、介護も重要になってきます。認知症の方は、不可解な行動をとることもありますが、一方的に責めるのではなく、認知症の方の身になって考え対応することが大切です。

◆認知症の方への理解と接し方

・認知症の方の脳の働きをよく理解する。

・視覚、嗅覚、味覚などの感覚も変化していることを理解する。

・認知症があっても一定範囲の生活を維持する。

・残存機能を生かして日常生活を維持する。

・出来なくなったことを無理やりさせない。

・自尊心を傷つけない。

・認知症だからと軽視したり、無視しない。

・病前の生活や仕事を評価する。

◆BPSDに対する対応法の原則

＊BPSDには、原因や誘因、患者さんなりの理由がありますので、いきなりBPSDを修正せず、一旦は患者さんの言葉や行動を受け止めることが重要です。根気よく対応することが重要です。

＊認知症の方への禁句

「また、やっちゃったの」「それは間違いですよ」「さっき、言ったばかりでしょう」「こんなこともできないの」「しっかりしなさい」「なにもわからないんだから」「いいかげんにしなさい」「こどもと同じなんだから」「何度も言わせないで」「恥ずかしい、情けない」このように心を傷つけるような発言は、止めましょう。

＊介護上やってはいけないこと

①急がせる～「ぐずぐずしないで」といった声かけをする。

②できることをやらせない～時間がないからといって介護者がしてしまう。

③途中でやめさせる～自分がした方が早いからと思って途中

でやめさせる。

④無理強いをする。

⑤放っておく、無視する～「どうせ話をしてもすぐに忘れるから」「言ってもわからないから」などと無視をして放置する。

＊具体的な対応法

（1）夜間に荷物をまとめて、「遅いのでもう失礼します」と言い出した時（夜間譫妄状態）。

「貴方の家ですよ、もう遅いから寝ましょう。」と説得されても夜間譫妄は解消されません。介護者の方には、ご苦労ですが、一緒に荷物をまとめて、一緒に一旦外に出て、自宅の周囲でも一巡りして、再び自宅に戻り、「やっと着きましたよ。今日は、もう遅いですから、荷物の片付けは明日にして休みましょう。」と言ってあげると、認知症の方も安心します。

日中でも箪笥の荷物を出したりしてゴソゴソすることは、よく見られます。そうした時も「何をしているの、全く」などと言うよりは、「ありがとうございました。あとは、私がやりますから。」と言うほうが、認知症の方に感情的しこりが残らず、その後のいろいろな問題行動の誘発を防ぐことにもなります。

（2）同じことを何度も言う。尋ねる。

食事が終わったあとでも、「食事はまだ？」と繰り返し尋ねるときには、「さっき食べたでしょう。」と言っても、かえって反感をもたれたり、あるいは「自分達だけ食べて、私には食べさせてくれない。」という被害妄想的な感情を抱かせることにもなります。そういったときには、「今、準備をしていますから、もう少し待ってください。」とか「お茶でも飲んで待っていて

ください。」などと言って、イライラせず、叱ったり、怒ったりせずに、認知症の方が納得いくかたちで、根気強く対応することが重要です。それによって、認知症の方も安心感を得ることができます。

同じ内容の話にしても、面倒がらずに、初めての話の如く相槌をうちながら話し相手になることが大事で、また同じ事を喋っていると無視することは禁物です。嫌がらずに優しく対応し接することが重要です。そのことで、認知症の方は、安心感を得て精神的に落ちつくのです。

（3）見当識障害

「今日は何日？」と繰り返し聞くことがあります。自分の居る場所や時間に対しての認識が低下しているので、たえずそれを確認して不安を取り除こうとしているとも言えます。もっとも、認知症の方に不安を取り除くためだという認識はないでしょうが、いわば、本能的に反応していると言えます。認知症の方は、点や不連続な線で日々生活をされているので、たえず不安で繰り返し何回も尋ねるのです。その時に邪険に対応することは、認知症の方を悲しませ心に大きな傷をつけることになります。そのような時の対応は、決まった場所に大きな日めくりのカレンダーをかけておき、一緒にその前で「今日は○日です」と確認することです。そうすれば、納得もされるでしょう。

（4）人物誤認

もう何年も一緒に生活をしているのに「あなたは、どなたですか？」と尋ねられることもあります。あるいは、別の人と間違われる場合もあります。このような時は、強く否定するのではなくその人になりきるのも良いでしょう。

（5）物盗られ妄想

盗っていないとか、どこかに置き忘れたのでしょうと言っても認知症の方は、納得されずに、かえって不信感を募らせる結果になります。否定したり、説得したりするのは、逆効果です。そのような時には、「一緒に探しましょう」と言って探すことが大事です。どこかに置き忘れていて見つかったときには、「やっぱり、ここに置き忘れていたでしょう」と責めることは絶対に禁物です。「財布がでてきて良かったです」と言うことが大事です。その場合もご家族が見つけると「やはり、あんたがここに隠していた」と言いますので、うまく誘導してご自身に見つけてもらうことが、重要です。

Ⅸ 認知症の予防

予防は、認知症発症の危険因子を減らすことであると言えます。認知症の８割以上は、アルツハイマー型認知症と血管性認知症が原因疾患となっています。したがって、この二大疾患を予防することが、認知症の予防に繋がります。

＊アルツハイマー型認知症の予防

アルツハイマー型認知症に関しては、まだ、充分にその原因などは解明されておりませんが、1997年に小血管障害がアルツハイマー型認知症の発症に関与していることを示唆する論文が発表されています。「Nun Study」というその論文は、修道女を対象に１年毎に認知機能検査を重ね死亡後剖検を行ったところアルツハイマー型認知症の病理的特徴である神経原線維変化が認められた人の中で実際に認知症を発症していたのはその一部にすぎず、基底核や視床ないし深部白質つまり実行機能を司る部分に微小梗塞があるケースでは血管病変のない群に比べ認知症の発症率が20倍も高かったという内容でした。つまり、アルツハイマー型認知症の発症に小血管障害が多少なりとも関与している可能性があるということです。

＊血管性認知症の予防

脳血管障害の危険因子として、高血圧症、糖尿病、脂血異常症、肥満症、運動不足、喫煙、過度の飲酒などいわゆる生活習慣病といわれるものが、大いに関係しています。生活習慣を見直し、生活習慣病の改善が予防に繋がります。

「久山町研究」

九州大学のグループが福岡県久山町の住民を対象に実施している疫学調査によると、糖尿病予備群の段階からアルツハイマー型認知症、血管性認知症ともに発症リスクが高くなることが報告されています。もう一つの危険因子は高血圧で、中年期に血圧が高い人は、歳をとってから血管性認知症になりやすいのです。逆にアルツハイマー型認知症の発症に関しては、高血圧は影響がないという結果が出ています。更に中年期から老年期にかけてたばこを吸い続けると、血管性認知症およびアルツハイマー型認知症の発症リスクが上昇します。

認知症予防のための５つの対策

１．バランスのとれた食生活を心掛ける

血糖値の上昇は生活習慣病、そして認知症の発症リスクを高めます。以下の食べ物に含まれる栄養素は認知症予防に効果がありますので、積極的に取り入れてバランスのとれた食生活を心掛けましょう。

・青魚―ドコサヘキサエン酸（DHA）、エイコサペンタエン酸（EPA）

DHAやEPAは血中コレステロールを下げる不飽和脂肪酸の一種です。

・野菜や果物―ビタミンC、ビタミンE、ビタミンB、ポリフェノール、食物繊維

ポリフェノールには抗酸化作用、抗炎症作用があります。

抗酸化作用について

人は酸素を体内に取り入れて生命維持に必要なエネルギーをつくりますが、その際に酸素の一部が活性酸素になります。活

性酸素は、細菌を排除する役割も持っていますが、一方では増えすぎると正常な細胞も傷つけてしまいます。活性酸素が過剰に発生し体内に悪影響を及ぼしている状態が酸化と言えます。活性酸素は動脈硬化や生活習慣病の原因にもなると言われています。

・緑茶、赤ワイン、クミンーポリフェノール
・ココナッツオイルー体内でケトンという脳のエネルギー源に変換させる中鎖脂肪酸が含まれています。

2．定期的な運動を取り入れる

運動は脳の血流をアップし、認知機能を向上させ認知症の発症リスクを減らすことがわかっています。特にウオーキングなどの有酸素運動は記憶力を高める効果があることが多くの研究で明らかとなっています。

3．人と積極的に交流する

一人暮らしで閉じこもりがちの生活をしているとコミュニケーションによる脳の刺激が少なくなり認知症のリスクが高まります。

4．知的な行動を意識した生活をする

「新聞や雑誌を読む」「囲碁や将棋をする」「日記を書く」「絵を描く」「認知トレーニングをする」など頭を使う活動は脳を刺激し老化予防に役立ちます。

5．十分な睡眠をとる

６～８時間を目安に規則正しい睡眠をとるように心掛けましょう。十分な睡眠をとることが認知症の予防につながります。

認知症の原因の約６割を占めるアルツハイマー型認知症の発症に、生活を取り巻く環境の影響が大きく関わっていると分

かってきました。脳の状態を良好に保つためには食習慣や運動習慣を変えることが、認知機能を重点的に使うためには対人接触を行うことや知的行動習慣を意識した日々を過ごすことが重要だと言われています。下の表でそれぞれの対策の具体例をまとめました。

1. 食習慣	野菜・果物（ビタミンC、E、βカロチン）をよく食べる
	魚（DHA、EPA）をよく食べる
	赤ワイン（ポリフェノール）を飲む
2. 運動習慣	週3日以上の有酸素運動をする
3. 対人接触	人とよくお付き合いをしている
4. 知的行動習慣	文章を書く・読む、ゲームをする、博物館に行く など
5. 睡眠習慣	30分未満の昼寝 起床後2時間以内に太陽の光を浴びる

＊認知予防に効果的な活動

認知症になり始めたときに最初に低下する機能である、エピソード記憶、注意分割機能、計画力などの実行機能を集中的に使うことが重要です。そのための余暇活動プログラムとしては以下のようなものが、考えられます。

（ⅰ）料理（献立をたてる、新しい料理を工夫する）
（ⅱ）パソコン（パソコンの操作手順を覚えて使う）
（ⅲ）旅行（計画する、調べる、手配する）
（ⅳ）園芸（栽培法を学ぶ、世話をする）
（ⅴ）ミニコミ誌（計画する、書く、描く、インタビューする、考える）

日々自宅でできる活動（400字キャンペーン）～400字キャンペーンとは、毎日（慣れるまでは週１回でも構いません）日々の生活を振り返って、感じたことや考えた事を400字原稿用紙

１枚に直筆で書くことを言います。日々の出来事を時系列に羅列する事ではありません。日々経験した事に感じたこと考えた事を記載することです。漢字がわからなければ辞書を引くことです。

〈ますます増える認知症高齢者の暴走事故〉

警視庁の統計では、高齢運転者が関与する交通事故の割合は年々増加傾向を示しています。そうしたなか、認知症の高齢者が自動車事故の被害者だけでなく、加害者となるケースも報告されています。警察庁によると（2015年発表）過去２年間において高速道路での逆走は447件、約７割が65歳以上の運転者であるとのことです。そのうち認知症あるいは認知症が疑われる人は約４割にのぼると言われています。

道路交通法において2001年以降、認知症の方が事故を引き起こさないための対策が順次導入され、現行法では「認知症に該当する者には運転免許を認めないこと」規定されています。また、2017年３月には更なる対策強化として、一定の交通違反をした75歳以上のドライバーに臨時の認知機能検査を義務付ける、改正道交法が施行されました。現行法では、加齢に伴う機能変化を自覚してもらう目的で、75歳以上の人には３年ごとの免許更新時に認知機能検査（講習予備検査）が実施されています。その結果は、「第Ⅰ分類：記憶力・判断力が低くなっている者」「第Ⅱ分類：記憶力・判断力が少し低くなっている者」「第Ⅲ分類：記憶力・判断力に心配のない者」の３段階で判定されます。

〔認知機能検査の結果と判定分類ごとの１万人あたりの事故件

数（2014年）について〕

第Ⅰ分類：約53,000人　第Ⅱ分類：約467,000人　第Ⅲ分類：約917,000人

１万人あたりの事故件数：第Ⅰ分類（48.3）第Ⅱ分類（34.4）第Ⅲ分類（25.1）

事故発生率をみると第Ⅰ分類では他の分類に比べ事故発生のリスクが明らかに高いことがわかります。ただ、現行法では第Ⅰ分類と判定されても、逆走などの一定の違反行為をしない限りは専門医の受診（臨時適性検査）を受ける必要はなく、次の免許更新時まで運転を継続することができました。実際、警視庁の調べによると2014年に認知機能検査で第Ⅰ分類と判定された約53,000人のうち適性検査などの受検者は約２％にとどまっており、運転を継続している実態が明らかとなっています。

2017年３月施行の改正道交法では、75歳以上の運転者が、一時不停止や信号無視など認知機能低下と関連の深い18項目の違反行為をした場合に免許更新時期を待たずに臨時の認知機能検査を受けることが義務付けられました。また、認知機能検査で第Ⅰ分類と判定されると違反の有無にかかわらず臨時適性検査の受検か医師による診断書の提出が義務付けられます。結果により免許の取り消しや停止の措置もあります。

X 新オレンジプラン

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の７つの柱

厚生労働省の認知症施策（新オレンジプラン）では認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に応えていくことを旨としつつ、以下の７つの柱に沿って施策を総合的に推進していくこととしています。

１．認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症に関する正しい知識と理解を持ち地域や地域で認知症の人や家族に対してできる範囲の手助けをする「認知症サポーター」の育成と設置

２．認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護などの提供

本人主体の医療・介護などを基本にそえて医療・介護が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにします。

・かかりつけ医の認知症対応力向上研修
・認知症サポート医の養成
・認知症疾患医療センターの設置

３．若年性認知症施策の強化

若年性認知症の人は、就労や生活費、子供の教育費等の経済的な問題が大きい、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なり複数介護になる等の特徴が

あることから、居場所づくり、就労、社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。

４．認知症の人の介護者への支援

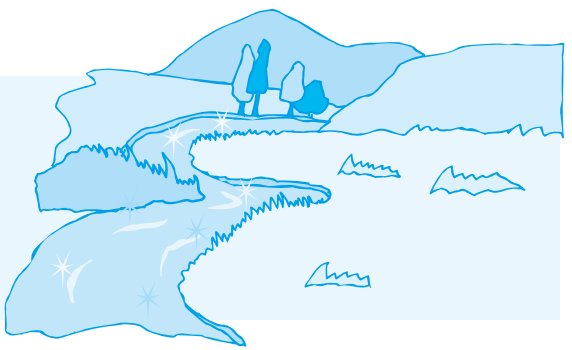
高齢化の進展に伴って認知症の人が増えていくことが見込まれる中、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や介護者の生活と介護の両立を支援する取り組みを推進します。

・認知症カフェ　認知症の人や家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いに理解し合う「認知症カフェ」などの設置を推進します。

５．認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

６．認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデルなどの研究開発およびその成果の普及の推進

７．認知症の人やその家族の視点の重視



著者略歴

山本　秀樹（やまもと　ひでき）

〔現　職〕
北大阪医療生活協同組合本町診療所　所長　医学博士

〔略　歴〕
1985年　大阪大学医学部大学院修了
テキサス州立大学神経内科学講座留学、大阪市立弘済附属病院勤務など経て
2001年より現職に至る

著書　痴呆症の早期診断と早期介護　（実務出版）

「環境と健康」シリーズNo.65

認知症
ー予防から介護までー

平成29年12月25日発行

発行所　公益財団法人　大同生命厚生事業団
〒550-0002　大阪市西区江戸堀1丁目2番1号
電話（06）6447-7101　FAX（06）6447-7102
URL　http://www.daido-life-welfare.or.jp/

印刷所　前田印刷株式会社

No. 1 光化学スモッグとその人体影響
宮崎医科大学教授
常俊　義三

No. 2 高血圧と環境
国立循環器病センター総長
尾前　照雄

No. 3 肝臓の病気とその原因
福岡大学医学部第一内科教授
奥村　恂

No. 4 美食と糖尿病
東京女子医科大学糖尿病センター教授
平田　幸正

No. 5 ストレスと心臓病
大阪府立成人病センター循環器部長
戸山　靖一

No. 6 老人生態学抄
大手前女子短期大学教授
磯　典理

No. 7 脳卒中と心臓病
筑波大学教授
小町　喜男

No. 8 胃癌と早期発見
大阪府立成人病センター集検第二部長
愛川　幸平

No. 9 健康と栄養
元国立栄養研究所健康増進部長
鈴木　慎次郎

No.10 病気と食物
東京大学医学部助教授
豊川　裕之

No.11 肥満と食物
女子栄養大学教授
香川　芳子

No.12 乳幼児の体力づくり
医学博士
今村　栄一

No.13 職場の精神衛生
大阪府立公衆衛生研究所精神衛生部長
藤井　久和

No.14 ねたきり老人の家庭看護
大阪府立公衆衛生専門学校助教授
津村　寿子
大阪府立公衆衛生専門学校講師
三宅　智恵子

No.15 酒と病気
医療法人大阪精神医学研究所・新阿武山病院理事長
今道　裕之

No.16 睡眠と健康
大阪大学医学部附属病院精神神経科講師
菱川　泰夫

No.17 中高年の運動と体力づくり
順天堂大学教授
石河　利寛

No.18 喫煙と健康
愛知県がんセンター研究所疫学部長
富永　祐民

No.19 肝癌と早期発見
結核予防会大阪府支部顧問ハットリ内科院長
服部　正次

No.20 老人の心理
大阪府立大学社会福祉学部教授
大国　美智子

No.21 みんなの糖尿病教室
大阪府立成人病センター調査部長
佐々木　陽

No.22 動脈硬化と食事
愛媛大学医学部教授
武内　望

No.23 老親と共に
同志社大学教授
住谷　馨

No.24 目と健康
福岡大学医学部眼科教授
大島　健司

No.25 女性の癌
（乳ガン）
大阪大学微生物病研究所附属病院外科教授
田口　鐵男
（子宮ガン）
大阪大学微生物病研究所附属病院婦人科助教授
奥平　吉雄

No.26 腎臓と病気
大阪府立病院腎疾患センター部長
飯田　喜俊

No.27 ねたきり老人にさせない、
ならないために
神戸大学医療技術短期大学部教授
武富　由雄

No.28 歯と健康
大阪大学歯学部教授
常光　旭

No.29 消化性潰瘍と健康管理
北里大学助教授
西元寺　克禮

No.30 腰の痛み
大阪大学医学部整形外科教授
小野　啓郎

No.31 関節の痛み
大阪府立成人病センター整形外科部長
小松原　良雄

No.32 肥満と成人病
九州大学医療技術短期大学部教授
上田　一雄

No.33 がんはここまで治る
大阪府立成人病センター名誉総長
佐藤　武男

No.34 大腸癌と早期発見
大阪大学微生物病研究所附属病院外科講師
藤田　昌英

No.35 老人の栄養と食事
大阪府立公衆衛生専門学校教授
北村　禎三

No.36 前立腺の病気
大阪府立成人病センター泌尿器科部長
古武　敏彦

No.37 体重と寿命
大同生命保険相互会社監査役
相模　嘉夫

No.38 老人の骨・関節の病気
大阪府立成人病センター整形外科部長
小松原　良雄

No.39 健康と社会環境
大阪大学名誉教授
朝倉　新太郎

No.40 更年期障害
大阪大学名誉教授
倉智　敬一

No.41 “ぼけ”の始まりと予防
大阪大学医学部教授
西村　健

No.42 肝炎・肝硬変・肝がん
大阪府立成人病センター臨床検査科部長
兒島　淳之介

No.43 家庭で測る血圧計
国立循環器病センター内科医師
阿部　仁

No.44 老人性難聴
大阪大学医学部耳鼻咽喉科助教授
久保　武

No.45 高脂血症
国立循環器病センター研究所副所長
山本　章

No.46 小児のアレルギー
大阪大学医学部小児科教授
岡田　伸太郎
大阪府立羽曳野病院アレルギー小児科部長
豊島　協一郎

No.47 脈の乱れ
国立循環器病センター内科心臓部門医長
大江　透

No.48 虚血性心疾患－狭心症と心筋梗塞
大阪市立総合医療センター循環器内科部長
土師　一夫

No.49 アルコール、タバコと循環器病
国立循環器病センター内科
河野　雄平

No.50 糖尿病・予防と自己管理Q&A
市立豊中病院糖尿病センター長・副院長
大阪大学医学部臨床教授
松山　辰男

No.51 不登校―予防と対応
社団法人大阪総合医学・教育研究会
こども心身医療研究所所長
冨田　和巳

No.52 うつ病Q&A
東京都精神医学総合研究所・副参事研究員
高橋　祥友

No.53 高齢者の心理（痴呆性高齢者の心理と介護）
大阪後見支援センター所長＆
大阪社会福祉研修センター所長
大國美智子

No.54 ひきこもり
（いろいろなひきこもりの背景とその対応について）
精神科医、茨城大学保健管理センター助教授
内田千代子

No.55 なぜ？スギ･ヒノキ花粉症なのか？
前名古屋市立大学医学部助教授
伊藤　博隆

No.56 薬の飲み方 Q&A
－疑問に思うことはなんでもききましょう－
九州大学大学院薬学研究院・教授
澤田　康文

＊No.57 高齢者のからだの動かしかた
－ねたきりにさせない、ならないために－
神戸大学名誉教授
武富　由雄

No.58 健康日本21の意義
放送大学教授
多田羅　浩三

No.59 歯と咀嚼とからだの健康
福岡大学名誉教授
前福岡大学医学部歯科口腔外科学教授
白十字病院顧問
都　温彦

No.60 メタボリックシンドロームとその対策
－生活習慣病と動脈硬化症を防ぐには－
公立山城病院　院長
中埜　幸治

No.61 高血圧 Q&A
国立循環器病センター 名誉総長
尾前　照雄

No.62 がん　－この親不孝者め－
大阪大学大学院医学系研究科
機能診断科学教授
杉山　治夫

No.63 腰痛
大阪大学名誉教授
小野　啓郎

＊No.64 健康づくりのためのウオーキング(運動)
－インスリンの意義と筋肉の効用－
ウオーキング医科学研究所　所長
泉　嗣彦

＊No.65 認知症
－予防から介護まで－
北大阪医療生活協同組合本町診療所　所長
医学博士
山本　秀樹

＊No.66 身近な感染症について
－怖いのはインフルエンザだけじゃない－
大阪医科大学
衛生学公衆衛生学教室教授
河野　公一

＊No.67 高次脳機能障害
国立成育医療研究センター
発達評価センター長、リハビリテーション科医長
橋本　圭司

＊No.68 口からはじめるからだの健康
～歯周病と歯周病に対する取り組みの現状～
日本歯科大学 新潟生命歯学部 歯周病学講座 教授
先端研究センター再生医療学 教授
佐藤　聡

＊No.69 白内障・緑内障・加齢黄斑変性
～老眼だけじゃない、年をとってからの目の病気～
秋田大学大学院医学系研究科医学専攻
病態制御医学系眼科学講座　教授
吉冨　健志［監修］
筑波大学医学医療系眼科　講師
福田　慎一
九州大学大学院医学研究院眼科学分野　講師
大島　裕司

＊No.70 貧血になるには理由(わけ)がある
～賢い対応と予防策～
大阪大学大学院医学系研究科
血液・腫瘍内科学　教授
金倉　譲［監修］
大阪大学大学院医学系研究科
血液・腫瘍内科学　准教授
織谷　健司
大阪大学大学院医学系研究科
血液・腫瘍内科学　講師
柴山　浩彦
大阪大学大学院医学系研究科
総合地域医療学　寄附講座助教
一井　倫子

＊No.71 ロコモティブシンドローム
－みんながなるロコモ・対策しっかり怖くない－
独立行政法人地域医療機能推進機構　大阪病院　副院長
ロコモ チャレンジ！推進協議会　副委員長
冨士　武史

＊No.72 脳卒中
－予防からリハビリまで－
慶應義塾大学医学部
リハビリテーション医学教室教授
里宇　明元

以下続刊

＊財団ホームページで読むことができます。

頒価100円