

認知症および認知症ケア

尊厳を守るための基礎知識



著者 金沢善智

目次

- 第1章 認知症ケアを学ぶ意義と基礎知識 ……1
 - 1.1 本冊子の目的と尊厳の保持
 - 1.2 認知症の定義と社会生活への影響
 - 1.3 実行機能障害の具体例:段取りの難しさ

- 第2章 認知症を取り巻く現状と推計 ……2
 - 2.1 2040年を見据えた認知症者数の推計
 - 2.2 2043年問題と今後の展望

- 第3章 三大認知症とその特徴 ……2
 - 3.1 脳血管性認知症:予防と症状
 - 3.2 アルツハイマー型認知症:最も多い原因疾患
 - 3.3 レビー小体型認知症:幻視と身体症状
 - 3.4 感染症等によるその他の認知症

- 第4章 軽度認知障害(MCI)と認知症の諸症状 ……5
 - 4.1 軽度認知障害(MCI)の5つの特徴
 - 4.2 中核症状と周辺症状(BPSD)
 - 4.3 高次脳機能障害の代表的な3つ(失語・失認・失行)

- 第5章 認知症の方の心の世界を理解する ……6
 - 5.1 言葉の通じない異国での体験に酷似
 - 5.2 知識がもたらす「心の余裕」
 - 5.3 正常な物忘れと認知症の物忘れの違い

- 第6章 感情記憶を活かしたケアの技術 ……8
 - 6.1 感情記憶:海馬と扁桃体のリンク
 - 6.2 食事催促への対応:否定しないテクニック
 - 6.3 驚かせないというケア・テクニック

- 第7章 認知症の最新治療と薬物療法 ……9
 - 7.1 アミロイドβ説とインスリンの関係
 - 7.2 最新薬と従来薬

- 第8章 住環境の整備と福祉用具の活用 ……10
 - 8.1 環境変化がもたらす混乱の事例
 - 8.2 手すり一本にも使い方指導を

- 第9章 世界の認知症ケア技法 ……13
 - 9.1 ユマニチュード:包括的なコミュニケーション
 - 3つのケアレベル(目標設定)
 - 4つの柱(ケアの基本要素)
 - 5つのステップ(ケアの流れ)
 - 9.2 その他のケア技法(タクティールケア、バリデーション等)

- 結びに:最後までこの「笑顔」の力 ……14

第1章 認知症ケアを学ぶ意義と基礎知識

1.1 本冊子の目的と尊厳の保持

認知症および認知症ケアに関する研修を始めるにあたり、まずこの研修を受講する意義について考えてみましょう。本研修では、単に知識や技術を習得するだけでなく、認知症を持つ人々の「尊厳を守る」という点に最大の重きを置いています。

認知症の方々がより良い生活を送るために、私たち介護者がどのようなサポートを提供できるのか、そのための基礎知識を一緒に学んでいきましょう。介護サービスに携わる皆さんが、この学びを通じて成長し、専門性を向上させることは、社会全体の高齢化への対応力を高めることにもつながります。

1.2 認知症の定義と社会生活への影響

認知症とは、一言で言えば「成人になってから起こる知能障害」の状態を指します。もう少し詳しく定義すると、記憶障害に加えて、失語・失行・失認といった高次脳機能障害、あるいは実行機能障害が一つ以上加わり、その結果として社会生活や職業上の活動に明らかな支障が見られる状態のことです。

逆に言えば、たとえ物忘れがあっても、社会生活において支障がないレベルであれば、それは医学的な意味での認知症とは呼びません。脳の働きの低下が、具体的な生活の困難として現れているかどうか、診断の重要なポイントとなります。

1.3 実行機能障害の具体例：段取りの難しさ

認知症の症状の中で、記憶障害と同じくらい、あるいはそれに先行して現れることが多いのが「実行機能障害」です。これは物事の段取りが困難になる障害です。

例えば、カレーライスを作る場面を想像してみてください。通常、私たちはまず冷蔵庫の中身を確認し、足りない材料を買いに行き、ジャガイモやニンジンに適切な大きさに切り、肉を炒めて煮込むといった手順を順番に進めていきます。実行機能障害が起こると、こうした一連の手順に従って最終的な目的を達成することが困難になります。この「段取りの難しさ」を理解することは、認知症ケアにおいて非常に重要です。

第2章 認知症を取り巻く現状と推計

2.1 2040年を見据えた認知症患者数の推計

日本における認知症の人の数について、最新の推計値を見てみましょう。2040年は、いわゆる団塊の世代の子どもたちがすべて高齢者になるという、一つの大きな節目の年です。

厚生労働省が2024年に発表した2022年時点の推計によると、2040年の認知症患者数は584万2,000人とされています。驚くべきことに、2012年の時点では「2040年には802万人に達する」と予測されていました。つまり、最新の推計では予測よりも約218万人も少なくなっているのです。

2.2 2043年問題と今後の展望

東京大学の研究でも、団塊ジュニア世代が完全に高齢者となる2043年時点の認知症患者数を465万人と推計しており、かつての予測より相当少なくなっています。この減少傾向の背景には、現在の高齢者やその予備軍の方々が、以前よりも健康的な生活を送り、生活習慣病の管理などが進んでいることが影響しているのかもしれませんが。これは社会にとって、非常にポジティブな結果と言えるでしょう。

第3章 三大認知症とその特徴

3.1 脳血管性認知症：予防と症状

認知症にはいくつかの種類がありますが、まず挙げられるのが「脳血管性認知症」です。これは脳卒中（脳梗塞や脳出血）によって脳の組織がダメージを受けることで起こります。

脳卒中が起こるたびに階段状に症状が悪化するのが特徴ですが、逆に言えば、新たな脳卒中を防ぐことができれば、進行を食い止めることが可能です。また、障害された部位によって症状が異なるため、記憶力は低下していても人格はしっかり保たれているといった「まだら認知症」の状態が見られることもあります。動脈硬

化、高血圧、糖尿病などの生活習慣病を適切に管理することが、最大の予防策となります。

脳血管性認知症

- ☆脳卒中のたびに病状が悪化する
- ☆障害された部位によって症状が異なるめまいや痺れ、言語障害、知的能力の低下など
- ☆まだら認知症
記憶力が低下している一方で理解力や判断力、人格に問題ないなど
- ☆危険因子
動脈硬化、高血圧、糖尿病、心疾患など

3.2 アルツハイマー型認知症：最も多い原因疾患

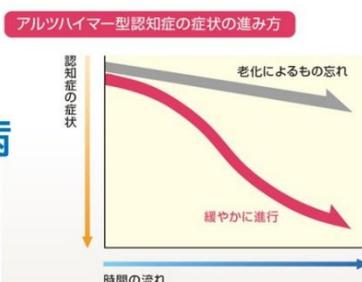
現在、認知症の中で最も多いのが「アルツハイマー型認知症」です。全体の約6割から7割を占めると言われており、脳の組織が萎縮し、大脳皮質に「老人斑」が現れるのが特徴です。

進行は比較的緩やかですが、実は症状が出て診断される20年ほど前から、脳の変化は始まっていると考えられています。ここで重要なのは、「アルツハイマー病」と「アルツハイマー型認知症」の違いです。脳にアルツハイマー病の変化があっても、社会生活に支障がなければ認知症とは呼びません。病気が進行し、生活に支障が出た状態をアルツハイマー型認知症と呼びます。

アルツハイマー型認知症

- ☆認知機能低下、人格の変化を主な症状とする認知症
- ☆脳組織の萎縮、大脳皮質に老人斑が出現

アルツハイマー病とは？



3.3 レビー小体型認知症：幻視と身体症状

「レビー小体型認知症」は、脳にレビー小体という特殊なタンパク質が蓄積することで起こります。これは日本人の小坂教授によって世界に発信された、日本に縁の深い認知症です。

初期症状として記憶障害よりも先に、非常にリアルな「幻視」や「妄想」が現れるのが大きな特徴です。「天井を犬が歩いている」「部屋の隅に知らない人が立っている」といった具体的な訴えが見られます。また、手が震える、歩きにくいといったパーキンソン症状を伴うことも多く、アルツハイマー型に比べて進行が早い傾向にあります。

レビー小体型認知症

- ☆脳の特定の神経細胞の中に、特異なタンパク質(レビー小体)ができる
- ☆初期に幻覚(特に幻視)や妄想あり
- ☆続いて、「体が硬くなる」「動作が遅くなる」「小またで歩く(小刻み歩行)」などのパーキンソン様症状が出る
- ☆進行すると、健忘や人格の変化などのアルツハイマー型認知症の症状が出る。

3.4 感染症等によるその他の認知症

このほか、クロイツフェルト・ヤコブ病などの感染症や、HIV（エイズ）の発症に伴う認知症もあります。現代ではHIVは薬でコントロールできるようになっていますが、これらも認知症の原因となり得ることを知っておく必要があります。

日本の認知症の約9割は、先述の脳血管性、アルツハイマー型、レビー小体型の3種類で占められています。まずはこの3つの特徴を正しく理解することが、適切なケアへの第一歩となります。

第4章 軽度認知障害（MCI）と認知症の諸症状

4.1 軽度認知障害（MCI）の5つの特徴

認知症の前段階として注目されているのが「軽度認知障害（MCI）」です。MCIには5つの特徴的な症状があります。

- 1 記憶障害の訴え: 本人や家族が記憶力の低下を自覚している。
- 2 日常生活の正常性: 日々の生活は自立して送れている。
- 3 認知機能の正常性: 迷ったり日付が分からなくなったりすることはない。
- 4 教育レベルでは説明できない記憶障害: 教育の影響ではない何らかの記憶障害が存在する。
- 5 認知症ではない: 現時点では認知症の診断基準を満たさない。

MCIの方は、認知症の方と同じくらいの数がいてと言われており、この段階で適切な対応をとることが、進行を遅らせる上で極めて重要です。

4.2 中核症状と周辺症状（BPSD）

認知症の症状は、大きく「中核症状」と「周辺症状（BPSD）」の2つに分けられます。中核症状とは、脳の障害によって直接引き起こされる症状で、記憶障害や見当識障害（時間や場所が分からなくなる）などが含まれます。

一方で、周辺症状（BPSD）とは、行動や心理面での症状を指します。抑うつ、夜間せん妄、徘徊、攻撃的な言動などがこれに当たります。周辺症状の大きな特徴は、「すべての患者に現れるわけではない」という点です。介護者が間違った接し方をすることで引き起こされることもあれば、適切な介護によって抑制できる症状でもあります。

認知症の症状

☆中核症状

記憶障害、見当識障害、
思考力・判断力・計算力障害、
失行・失認・失語、実行機能障害など



☆周辺症状(行動・心理症状:BPSD)

抑うつ、夜間せん妄、興奮、
徘徊、睡眠障害、幻覚、暴言、
暴力、異食、不潔行為、多弁、
多動、物盗られ妄想など



4.3 高次脳機能障害の代表的な3つ

高次脳機能障害は、認知症の中核的な現れです。その代表的なものとして「失語」「失認」「失行」の3つが挙げられます。

- **失語:** 言葉を話すための筋肉や喉に問題がないにもかかわらず、「聞く・話す・読む・書く」という言語機能が失われた状態です。
- **失認:** 視覚や聴覚などの感覚器官は正常なのに、得られた情報を正しく認識できない状態です。「隣の女の子が犬を可愛がっている」という光景を、「知らない子が犬をいじめている」と誤認してしまうようなケースです。
- **失行:** 動作のやり方が分からなくなる症状です。ズボンを渡されてもどう履くか分からない、鍵穴に鉛筆を突っ込んでしまうといった、道具と行為のつながりが失われる状態を指します。

第5章 認知症の方の心の世界を理解する

5.1 言葉の通じない異国での体験に酷似

認知症の方の心境を理解するために、一つの例え話をしてみましょ。もしあなたが、全く言葉の通じない異国を旅行中に、突然知らない建物へ連れて行かれたとしたらどうでしょうか。

不機嫌そうな顔をした知らない人が近づいてきて、聞き取れない言葉で何かを言いながら、怖い目で見下ろして手を伸ばしてきたら……。あなたはその手を払いのけるはず。それは自分を守るための「正当な防衛反応」です。

私たちが介護のために伸ばした手を、認知症の方が払ったとき、それを「暴力」と記録するのは間違いです。それは本人が感じている恐怖や不安に対する、自己防衛の現れだからです。笑顔でフレンドリーに接することで、こうした恐怖を和らげることも認知症ケアの基本となります。

5.2 知識がもたらす「心の余裕」

認知症ケアにおいて、知識を持つことは介護者自身のストレスを最小限にすることにつながります。

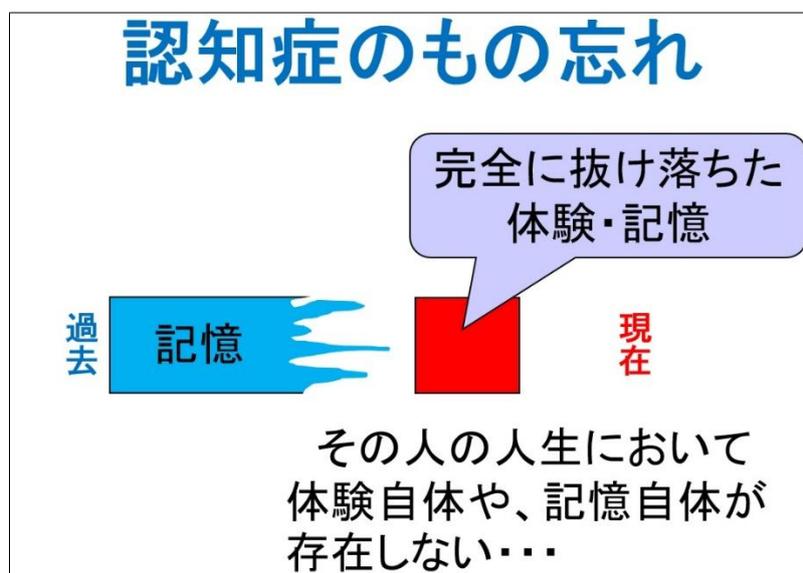
例えば、認知症の進行に伴って現れる「物盗られ妄想」があります。この症状で厄介なのは、一番近くで一生懸命介護している人ほど、「財布を盗んだ」と泥棒扱いされやすいということです。このことで介護者は深く傷つきます。

しかし、「1年後くらいにはこうした症状が出るかもしれない」という知識が事前であれば、状況は変わります。近所の人などに「財布を盗まれた」と言いまわることが多いので、あらかじめ近所の人にカミングアウトして助けを求めておくといった備えができます。そして実際に妄想が始まったとき、「ああ、とうとう来たか」と冷静に受け止める「余裕」が、認知症ケアを成功させる鍵となります。

5.3 正常な物忘れと認知症の物忘れの違い

普通の物忘れと、アルツハイマー型認知症の物忘れには決定的な違いがあります。普通の物忘れは、関連する記憶を辿ることで「ぼやっと」思い出せることが多く、体験そのものは覚えています。

しかし、認知症の物忘れは、記憶が完全に「消滅」してしまいます。本人にとっては、その出来事自体が人生に存在しないものとなるのです。消えてしまった思い出を無理に思い出させようとする行為は、本人にとって苦痛以外の何物でもありません。無理強いをする人は「敵」と見なされ、その後の介護を拒絶される原因にもなります。



第6章 感情記憶を活かしたケアの技術

6.1 感情記憶：海馬と扁桃体のリンク

人間の脳では、感情の中核である「扁桃体」と、記憶の中核である「海馬」が隣り合わせになっていて、密接にリンクしています。そのため、出来事そのものは忘れてしまっても、「嫌だった」「嬉しかった」と言う感情が強く残ります。これが「感情記憶」です。

言葉の意味が分からなくても、介護者の表情や声のトーンから受ける印象は、本人の心に深く刻まれます。感情記憶を意識し、本人が「この人といると安心だ」と感じられるような接し方を心がけることが、円滑なケアの土台となります。

6.2 食事催促への対応：否定しないテクニック

少し前に食べたばかりなのに「ご飯はまだか」と催促されることがあります。このとき「さっき食べたでしょ」と否定するのは厳禁です。否定されると、本人は馬鹿にされた、あるいは怒られたという嫌な感情だけが残り、最悪な関係を通り越して、敵となってしまうことがあります。

正しい対応は、「今作っていますよ、少し待っていてくださいね」と笑顔で伝えることです。待っている間に空腹感を忘れてしまうこともありますが、それ以上に「もうすぐ食べられる」と言う楽しい期待感を持って待っていただくことが、穏やかな解決につながります。

6.3 驚かせないと言うケア・テクニック

認知症の方は、不意の出来事に対処することが難しく、驚かされるとパニック（周辺症状）を引き起こしやすくなっています。この対応については、介護施設では徹底されていますが、病院などではまだ不十分な場面も見受けられます。

例えば、車いすに座っている方の後ろから、急に声をかけるという場面です。これは厳禁です。

まずは通り過ぎて、一度前方に回り込み、本人の視界に入って全身を見てもらいながら、笑顔でゆっくりと近づくことが基本です。この「驚かせない」という配慮だけで、多くの周辺症状を防ぐことができます。

また、インカムは効果絶大です。これを導入することで、大きな声を出さずに助けを呼べる環境を整えることが可能です。認知症の方の安心感につながる上に職員同士の関係性の向上にもつながります。

第7章 認知症の最新治療と薬物療法

7.1 アミロイドβ説とインスリンの関係

アルツハイマー型認知症の原因については、現在いくつかの仮説が立てられています。その中でも有力なのが「アミロイドβ説」です。

アミロイドβは、脳を守るために作られるタンパク質の一種ですが、これが何らかの原因で蓄積して塊になると、「タウ・タンパク質」が凝り固まって、これが脳細胞を死滅させ、脳の萎縮させます。

この蓄積予防には、「インスリン分解酵素」が深く関わっています。インスリンの分解酵素は、その名の通り、インスリンを分解して、体外に出すという働きをしていますが、セカンドワークとしてアミロイドβの処理も行っています。

食後高血糖が頻繁に起こると「追加インスリン」が大量に出て、インスリン分解酵素はインスリンの処理に追われ、アミロイドβの分解まで手が回らなくなってしまいます。インスリンが常時出ているような食生活を見直し、適切な食生活を送ることは、認知症予防において非常に大きな意味を持ちます。

7.2 最新薬と従来薬

認知症の薬物療法には、大きく分けて「根本治療」と「対症療法」の2つのアプローチがあります。

- **レカネマブ（新薬）**：アミロイドβを直接除去し、進行を遅らせる画期的な薬です。現在は国内でも使用されていますが、副作用や高額な薬価、初期の方にしか使えないといった制限もあります。
- **ドネペジル（アリセプト等）**：脳内の情報伝達物質「アセチルコリン」を保つことで、記憶力を一時的に改善させる薬です。ただし、病気そのものの進行を止めるわけではありません。

- **メマンチン**: 脳内の過剰なグルタミン酸を抑制し、脳細胞の死滅を防ぐ薬です。ドネペジルと併用できる利点があります。

いずれにせよ、薬だけに頼るのではなく、生活習慣の見直しと組み合わせることが、認知症と上手に付き合っていくためのポイントです。

第 8 章 住環境の整備と福祉用具の活用

8.1 環境変化がもたらす混乱の事例

認知症の方にとって、住環境の急激な変化は大きな混乱を招くことがあります。私が経験した 2 つの失敗例をご紹介します。

一つ目は、布団から介護用ベッドに変更した 80 代男性の事例です。ベッドを設置したその日から、男性はベッドの下に潜り込んで寝るようになってしまいました。ベッドを「寝るための道具」として認識できなかったのです。

二つ目は、和式トイレを洋式に改修した 80 代女性の事例です。改修後、女性は便器の中で手を洗うようになってしまいました。彼女にとって、それはトイレではなく「洗面台」に見えてしまったのです。このように、当たり前だと思っていることが、認知症の方には全く別のものに見える可能性があることを忘れてはいけません。

改修前

⇒

改修後



8.2 手すり一本にも使い方指導を

住宅改修や福祉用具の導入において重要なのは、単に「設置して終わり」にしないことです。認知症の方は、昨日までなかった「手すり1本」であっても、新しい環境に対して違和感を持ち、もしそれが理解できないものであれば、不安解消のために、自分なりの「意味付け」を行おうとします。

不安を解消し、正しく使っていただくためには、導入前に十分なトレーニングや説明が必要です。手すり一本を設置するにしても、本人がそれを「頼りになるもの」と認識できるまで、根気強く寄り添う姿勢が求められます。

第9章 世界の認知症ケア技法

世界の認知症ケアと コミュニケーション法

1. ダイバージョナル・セラピー
:オーストラリア ※ドールセラピー
2. バリデーション:アメリカ
3. パーソン・センタード・ケア:イギリス
4. ユマニチュード:フランス
5. タクティールケア:スウェーデン
6. オムソーリケア:スウェーデン
7. その他

9.1 ユマニチュード：包括的なコミュニケーション

フランスで生まれた「ユマニチュード」は、人間らしさを取り戻すためのケア技法として世界中で注目されています。私はこれを分かりやすく「3・4・5の原則」と呼んでいます。

① 3つのケアレベル（目標設定）

ケアを行う際、その目的を明確にするための3つの段階です。

1) 回復 (Recovery)

適切なケアやリハビリによって、失われた機能の回復や自立を目指す段階です。例えば、寝たきりだった人が再び歩けるようになることを目標とします。

2) 維持 (Maintenance)

現在持っている能力を最大限に活用し、心身の機能低下を食い止める段階です。自分でできることは自分で行ってもらい、残存機能を尊重します。

3) 寄り添い (Accompaniment/ end-of-life)

回復や維持が難しくなった終末期において、穏やかに尊厳のある時間を過ごせるよう、精神的な支えを重視する段階です。

② 4つの柱 (ケアの基本要素)

ユマニチュードの核心となる、コミュニケーションの4つの柱です。

1) 「見る」 (Gaze):

- 相手と同じ目の高さで、正面から、長く見つめることが基本です。
cause
- 近く (20cm 以内) で見つめることで、親密な関係を築き、安心感を与えます。

2) 「話す」 (Speech):

- たとえ返事がなくても、優しく、穏やかなトーンで話しかけ続けます。
- 「オートフィードバック」というテクニックは、自分の動作を実況中継 (例: 「今からお顔を拭きますね」「温かくて気持ちいいですね」) することで、相手に安心感を与えます。

3) 「触れる」 (Touch):

- 「掴む」のではなく、手のひら全体で「包み込む」ように、広く優しく触れます。
- 突然触れるのではなく、まずは肩などから触れ始め、徐々に顔などの敏感な部分に移動させます。

4) 「立つ (Standing up)」:

- 人間としての尊厳の象徴として「立つこと」を重視します。
- 1日合計 20分程度でも立ったり歩いたりすることで、骨密度や内 organs の機能低下を防ぎ、寝たきりになるのを防ぐ効果があります。

3.5つのステップ (ケアの流れ)

一連のケアをスムーズに行うための5つの手順です。

1) 出会いの準備 (ノック)

いきなり視界に入らず、ドアをノックして反応を待ちます。返事がなくても3回ノックし、相手の market（パーソナルスペース）に入る許可を得る姿勢を示します。

2) ケアの準備 (ice-breaking)

すぐに作業 representatives に入らず、まずは目を見て話しかけ、信頼関係を築きます。相手が笑顔になったり、穏やかになったりするのを待ちます。

3) 知覚の統合 (実演・ケア)

「見る」「話す」「触れる」の要素を同時に行い、相手に「大切にされている」という感覚を多角的に伝えます。

4) 感情の固定 (positive reinforcement)

ケアが終わった後、「気持ちよかったですね」「協力してくれてありがとうございます」など、肯定的な言葉をかけ、良い記憶として定着させます。

5) 再会の約束

「また後で来ますね」と次回の約束をして別れます。これにより、相手に安心感と期待感を与えます。

これらの技法を組み合わせることで、認知症の方の興奮や拒絶が和らぎ、介護者にとっても負担の少ない、穏やかな介護環境を作ることが可能になります。

9.2 その他のケア技法

ユマニチュードのほかにも、優れたケア技法は数多く存在します。

- タクティールケア (スウェーデン)

手のひらで優しく触れることで、安心感を与えるタッチケアです。

- バリデーション

本人の感情を否定せず、共感し、一部の言葉を繰り返す (リフレイジング) などのテクニックで信頼関係を築く技法です。

- パーソン・センタード・ケア

「認知症という病気」ではなく、「その人個人」を中心に据えたケアの考え方です。

これらの技法を体系的に学ぶことは、介護者自身の自信にもつながり、ケアの質を飛躍的に向上させます。

結びに：最後までこの「笑顔」の力

認知症ケアにおいて、自分のケアが正しかったかどうか不安になることもあるでしょう。コミュニケーションが十分に取れない方の場合、その判断はさらに難しくなります。

しかし、私はいつもこうお伝えしています。「帰り際に、その方があなたを見て笑顔を見せてくれたなら、あなたのケアは正しかったのだ」と。人間にとって、最後まで残る感情は「笑顔」です。その笑顔こそが、私たちが提供したケアへの最高の答えなのです。

認知症の方が、最期までその人らしく、笑顔で過ごせる社会。そんな未来を、皆さんと一緒に作っていただけることを願っています。

自己紹介

氏名:金沢 善智(かなざわ よしのり)

現職:(株)バリオン代表取締役

元職:弘前大学医学部保健学科 助教授

目白大学保健医療学部 教授

歩み:介護施設リハ指導や福祉用具利用推進を通じた
「在宅&施設介護」に関わり、41年！

資格:医学博士・工学修士(建築)・理学療法士

介護現場で、多くの認知症の方々にリハビリテーションをする中で、コミュニケーションの重要性を痛感し、認知症者に効果的な、世界のコミュニケーション法を特養などの介護施設を中心に実践する。

現在はその重要性について、在宅や施設介護のサービス者などに対して講義として、監査時に受講証明が必要な「**必須研修**」を行っている。

