



認知症と人生の最終章

大井 玄

認知症についてどう学んできたか

臨床医と社会医学徒としての二股
東京都衛生研究所

1978年、東京大学医学部衛生学教室
環境問題への対応体制がなかった

急速に進んでいた日本社会の高齢化

高齢化率（％）

	1960年	1980年	2000年	2010年	2020年
スウェーデン	12	16	17	18	21
日本	6	9	17	23	29

「ぼけ老人」の胸の内

「寝たきり老人・ぼけ老人」 宅診事業 長野県佐久市

認知症老女に多い「もの取られ妄想」

「お婆ちゃんは病院にいるときには落ち着いているのに、なぜ家に帰ると、夜、騒いだりするのでしょうか？」

聖マリアンナ医科大学 長谷川和夫教授

——「長谷川式簡易認知能力測定スケール」

「判りませんが、そうなるだろうということは、研修医でも判ります」

「認知能力の衰えと周辺症状」

杉並区開業医受診の、70代、80代の

「『ボケ老人』と正常老人と介護者の調査」

(男138名、女198名)

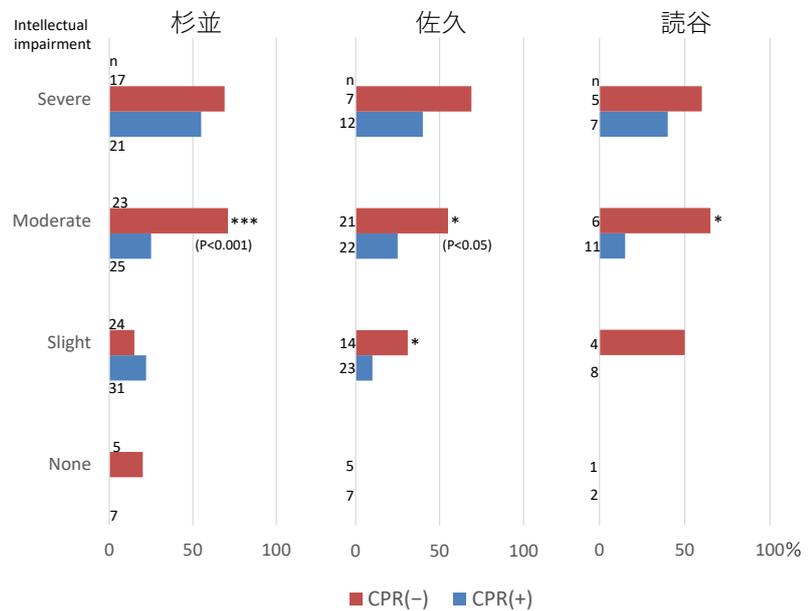
知力低下度（長谷川スケール）、周辺症状（妄想、幻覚、夜間せん妄）有無。

本人因子：学歴、脳梗塞などの既往、身体症状の有無、家庭内役割。収入など。

結果：周辺症状発現率は、知力低下が進むにつれて増加。知力が中等度まで落ちると急激に上昇。

作業仮説：周辺症状は、認知能力が衰え、環境の不快な刺激に対応できない時に現れる。

異常精神症状の現れる率



不思議な事実

正常老人と紹介された方の一割近く：中等度以上の認知能力低下を示していた。

人間関係が良ければ、

周辺症状が現れる確率は低くなるのでは？

認知能力の衰えにより生ずる感覚：**不安**

不安はもっとも耐え難い感覚であり、
容易に、怒り、被害妄想、せん妄に転化する。

周辺症状は環境不適合症状なのか

琉球大学精神科 真喜屋 浩先生の論文 (1975年)

沖縄県佐敷村全高齢者（708人）の
4%（27人）はあきらかに
「老年性痴呆」。
しかし全症例を通じて、
うつ状態や、妄想、幻覚、
夜間のせん妄など、
周辺症状を示す人は皆無であった。

当時、東京都の在宅高齢者の
4%も痴呆老人だった。
ただし半数において周辺症状
が認められた。
夜間のせん妄は2割に達した。

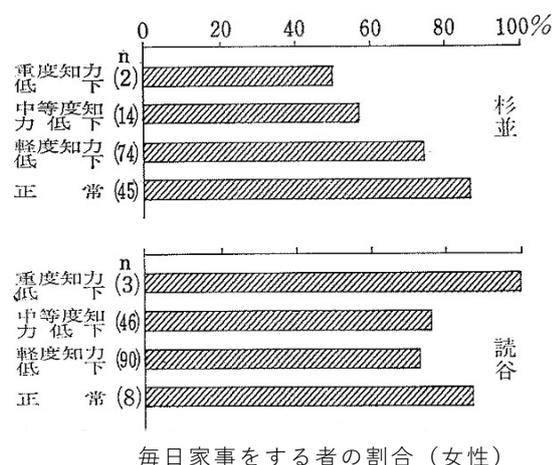
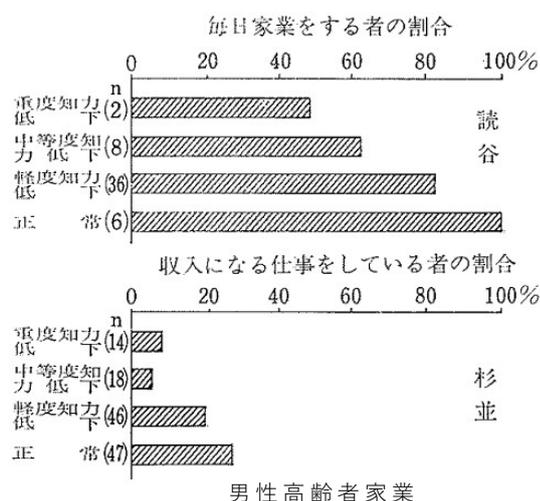
アメリカでは
痴呆の四分の一から半分にうつ
があると報告されていた。

真喜屋考察

敬老思想が強く保存され、
 老人が**あたたかく看護され尊敬**されている土地では、
 老人に精神的葛藤がなく、
 たとえ器質的変化が脳におこっても、
うつ状態や、幻覚妄想状態は引き起こされることなく、
 単純な痴呆だけにとどまると考えられる。

周辺症状の起きる社会・起きない社会 トヨタ財団 Grant による定期沖縄訪問

- イ) 時間の感覚が**ゆっくり**している。仕事をしてなくとも、決して怒らない。
- ロ) 高齢者の「**誇り**」を保つ敬語のシステムが、農村社会でも厳然とのこっている。
 「トレ」「トミソーレ」「トテクミソーレ」
- ハ) 「**生活者**」としての役割が、認知能力が衰えていても、残されている。



「**医療対応**」は、
家族の介護が困難になった時にはじまることが多い。
成り行きで、薬物鎮静、隔離・抑制が多くなる。

通所リハビリ「虹の家」、エスポワール出雲クリニックなどでは、
「**医療的措置**」を行うことなく、
通所者は「**患者**」ではなく、**普通のお年寄り**であることができる。

デイケアでの基本対応

- 1) 「本人が**安心してくつろげる居場所**」
- 2) 「病気が**良くなるという気持ちになれる雰囲気と人間関係**」
- 3) 「**人生の大先輩として尊重**すること」

認知症の本質は「**生活障害**」である。
「**精神障害**」ではない

認知能力

「自分が置かれた状況を理解し、生活に適切な行動をとる能力」

自分はいつ、どこにいて、何をすべきか、が
判っていなければならない。
日にち、時間、場所の見当識があり、
なすべきことについての短期記憶が働いている必要。

認知能力の衰えで生じる**不安**は、
忙しい社会生活を営む上で生じるが、
病気に伴う痛みや不快感ではない。

認知症当事者には、

生活障害が現れてきているが、あくまで

私たちと「**同じ世界に住んでいる生活者**」である。

認知症高齢者にとって、 もっとも耐え難い周囲の行動

認知症高齢者を
一種の「気違い」、
「異なる世界に住む人」、
「話が全く通じない人」と思い込み、
認知症当事者の意向を無視し、敬意を払うことなく、
家族と医師が当事者の行動を制限したり、
間違いを矯正したりする。

「北欧ケア」 二十世紀後半からの虚弱高齢者対応

- 1) 看護、介護、福祉、医療をつなぐ、**全体としてのケア**
- 2) ケアは、それぞれの地域において、**在宅「生活者」**として行う。

「生活世界ケア」

- 3) 「**生活者の自律、自己決定**」 **尊重**

沖縄県佐敷村の高齢者対応と、その本質において、通じ合う。

スウェーデンの エーデル改革

(1992年)

社会的入院多数

二十の県（ランスタング）：医療
約三百の市（コミュニン）：看護、介護、福祉

改革：

「社会的入院」を必要とする

虚弱高齢者の受け皿を、**市**の責任とする。

退院後5日以上「社会的入院」に対し、
市は県に、一日、二～三万円罰金を支払う。

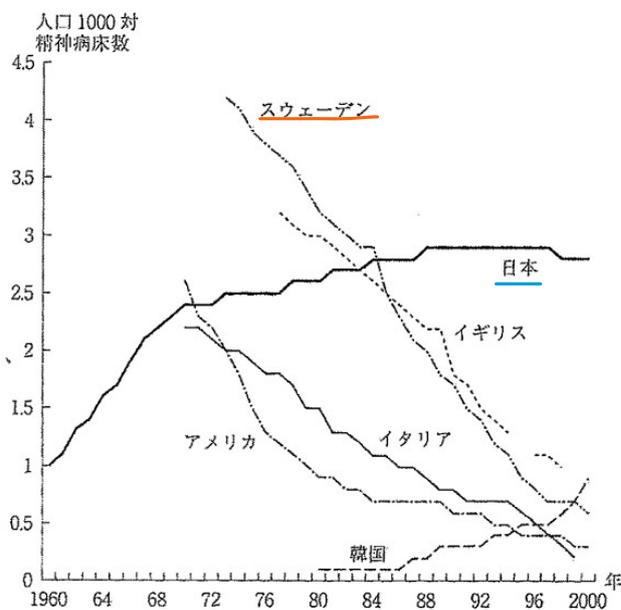


図1 人口1000人当たりの精神病床数の国際比較
出典：『精神保健福祉白書2009年版』(中央法規出版, 2008)
[OECD Health Data 2002をもとに作成されたもの]

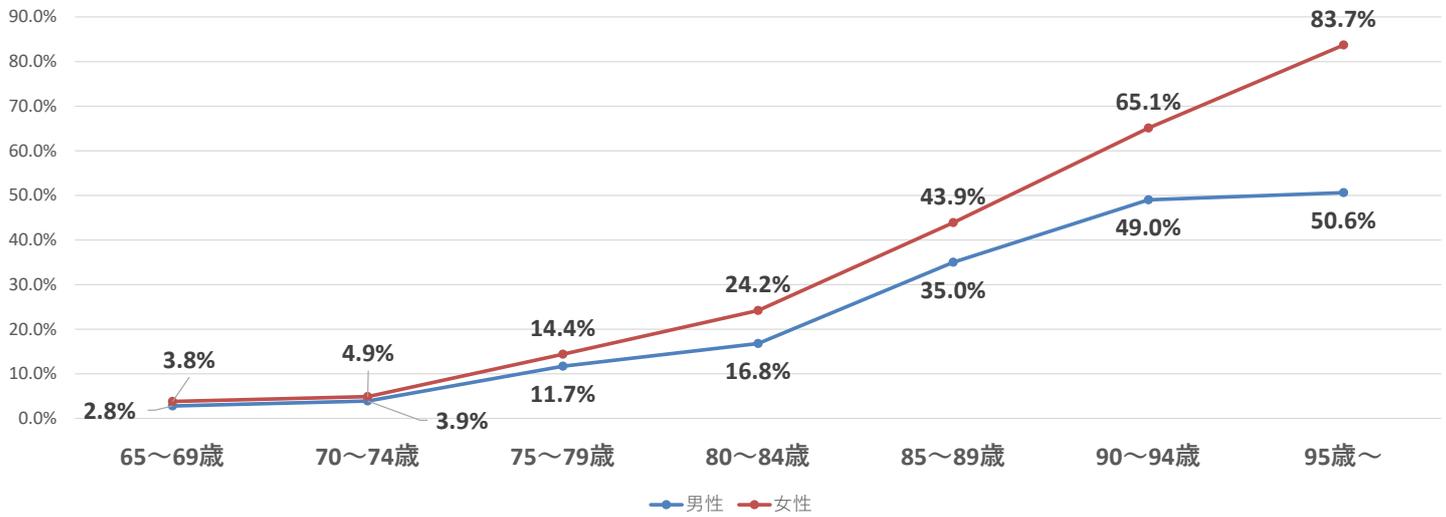
エーデル改革以降の 県の各診療科別病床減少

(単位：床)

	内科	老年科	精神科
1992年	14,006	7,983	11,846
2004年	10,145	2,037	4,468
減少率 (%)	-28	-74	-62

認知症は超高齢期の自然な特性である。

認知症有病率（男女別、年代別）



（出典）朝田隆ほか『都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書』（厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業）を基に作成

認知症は人生の最終章における**適応**とも見なし得る。

イ) 日本人の二人に一人はがんになり、三人に一人はがんで死ぬ。

がんはもっとも恐れられる病気。

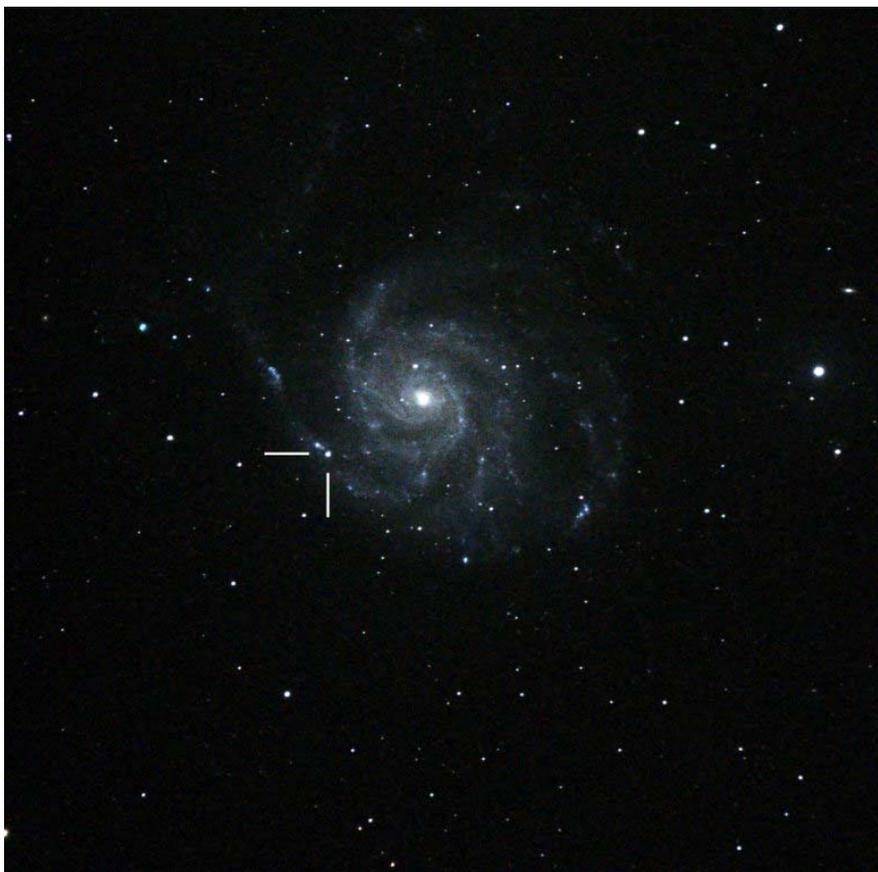
ロ) **がん疼痛の緩和**（松沢病院、1994～2004）認知症患者50人、非認知症患者84人

- ・ 発見の契機
認知症患者 偶然の発見・突然の徴候発現 92%
非認知症患者 自発的受診 64%
- ・ がん疼痛の訴え
(ステージIII,IV) 認知症患者 22%
非認知症患者 84%
- ・ 麻薬性鎮痛剤使用
(ステージIII,IV) 認知症患者 2%
非認知症患者 40%

ハ) 「自己の死の恐怖」の減弱

「自己意識」は比較的強固にまとまった記憶である
認知症の進行とともに、記憶されている自己は薄れる。（夕暮れ症候群）

人はいつがいちばん幸せか



2000万年前の 「超新星爆発」

——私たちは、宇宙の歴史、
巨大恒星の一生と死、
を体現して現象している。了