

医師の目・人の目

「知ってますか？」

認知症」

公益社団法人認知症の人と家族の会顧問・神奈川県支部代表
公益社団法人日本認知症グループホーム協会顧問
川崎幸クリニック院長

杉山 孝博

共同通信社の配信で、下記の地方紙に平成21年4月以降

1年間にわたって毎週連載されました（連載回数52回）

- | | |
|-------------|---------------|
| * 高知新聞（金曜日） | * 山陰中央新報（水曜日） |
| * 中国新聞（水曜日） | * 山梨日日新聞（金曜日） |
| * 埼玉新聞（水曜日） | * 宮崎日日新聞（火曜日） |
| * 上毛新聞（火曜日） | * 熊本日々新聞（火曜日） |
| * 徳島新聞（火曜日） | * 中部経済新聞（木曜日） |
| * 千葉日報（日曜日） | * 日本海新聞（木曜日） |
| * 下野新聞（土曜日） | * 秋田魁新報（月曜日） |
| * 佐賀新聞（火曜日） | * 山形新聞（火曜日） |
| * 岐阜新聞（月曜日） | * 愛媛新聞（火曜日） |
| * 新潟日報（月曜日） | * 琉球新報（火曜日） |



見出し一覧

第1回	認知症は人ごとではない	高まってきた社会的関心
第2回	身近な人に強く出る症状	それは信頼されている証拠
第3回	ぼけても心は生きている	つらい介護が軽くなる
第4回	記憶になれば事実でない	最大の特徴は、もの忘れ
第5回	体験したこと全体を忘れる	否定しないで受け入れる
第6回	食後に、「たべてない！」	割り切って柔軟な対応を
第7回	昔の世界に帰っている	家族の顔も忘れる
第8回	夕方になり、家に帰る！	受容することが大切
第9回	不利なことを認めない	見事にごまかすのも症状
第10回	正常と異常が混在	「まだら症状」と割り切る
第11回	物忘れしても感情は鋭敏	説得よりも同情
第12回	介護のコツは、ほめること	介護者は認知症になるべし
第13回	俳優のつもりで演技しよう	「よかったね」で共感を
第14回	こだわって、抜け出せない	原因への対応が有効
第15回	問題なければそのままで	発想の転換が大切
第16回	第三者の関与で解決する	「業務」という理解も必要
第17回	こだわりに説得や否定は禁物	関心を別に向けるのがコツ
第18回	「明日はわが身」と理解を	普段の付き合いが大切
第19回	一手だけ先手を打つ	介護負担を軽くしよう
第20回	過去の体験が背景に	症状は長く続かない
第21回	思いも寄らぬ衰弱の速さ	介護期間は決して長くない
第22回	「症状」と「問題」は違う	軽減・ケアは地域の課題
第23回	3万8000人が若年期に発症	幅広い支援早急に整備を
第24回	深刻な一人暮らしの認知症	地域の理解と援助の輪を！
第25回	増えている「認認介護」	80歳夫婦の11組に1組も！
第26回	専門医の受診に工夫を	「ドラマ仕立て」が有効

第 27 回	恐怖感からくる夜間不眠	安心させることが大切
第 28 回	対応の難しい性的異常行動	若いころに戻っているだけ
第 29 回	火不始末で在宅が困難に	「先手を打つ」が有効
第 30 回	家族がたどる心理ステップ	初めは「戸惑い・否定」
第 31 回	混乱を経て、割り切りへ	正しい理解がポイント
第 32 回	理解の深さで関係が変化	最終ステップは「受容」
第 33 回	心理的ハードルを低くする	介護サービス、上手に利用
第 34 回	知は力なり、よく知ろう	知識が介護負担を軽減
第 35 回	上手な割り切りが大切	発想転換、気持ちに余裕
第 36 回	過去にこだわらない	現在を認めることがコツ
第 37 回	ペースは合わせるもの	気持ちの余裕が大切
第 38 回	相手の立場で考えよう	「思いやり」の気持ちで
第 39 回	原因は脳の病変、ストレス	早めの受診と対策を
第 40 回	幻視伴う「レビー小体型」	反社会的行為をする型も
第 41 回	一度は受けよう専門的診断	治る認知症もある
第 42 回	薬で進行を穏やかに	ワクチン療法も開発中
第 43 回	工夫して、上手に服薬	要求する人にはサブリを
第 44 回	苦痛の訴え少ない終末期	在宅ケアには支えが必要
第 45 回	遺伝で発症、ごく一部	心配するより人生楽しく
第 46 回	励ましあい、助け合い	広くつながる「家族の会」
第 47 回	急拡大したグループホーム	ケアに有効な生活を提供
第 48 回	なじみのスタッフで安心	小規模多機能型居宅介護
第 49 回	認知症知り地域で支える	サポーターは 150 万人
第 50 回	一人で悩まず、まず相談	整備進むコールセンター
第 51 回	認知症とわたしの 29 年	家族の気持ちを受け止めて
第 52 回	「20XX 年」の認知症	医療進歩、介護は地域密着

第1回

認知症は人ごとではない 高まってきた社会的関心

「認知症（当時は、『ぼけ』）は、今介護している私たちだけの問題ではないんです。これからたくさんの人たちがかわらざるを得ない大きな問題です」

28年前、私が社団法人「認知症の人と家族の会」にかかわり始めたとき、一人の介護者が話した言葉を今でも思い出す。

当時、認知症に対する社会的関心は極めて低く、デイサービス、ショートステイなどの介護サービスは全くなかった。特別養護老人ホームでは認知症があると入所させてくれなかった。行政には、認知症の相談窓口すらなかった。家族に認知症の人がいることを話したら、親戚から、「身内の恥をさらした」といって非難された。

今では、認知症に関しては使い勝手が悪いといわれながらも介護保険サービスが利用でき、「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」が全国的に展開されて、社会的関心が高まっている。

認知症高齢者は約2百万人に達し、要介護認定者の2人に1人、80歳以上の高齢者の4人に1人が認知症になっていると言われている。認知症高齢者のひとり暮らし世帯が増加し、認知症の人が認知症の人を介護する「認知介護」が

現実としての問題になるなど、認知症の問題が身近になってきたことを感じざるを得ない状況がでてきた。

自分自身が認知症になるかならないかは別としても、家族も含めれば、認知症は私たち一人一人の問題になってきているのは間違いない。

それでも、私たちは認知症を人ごととして見てはいないだろうか。「自分が自分でなくなる」という恐怖感、家族に大きな負担をかけるという遠慮、治療困難な進行性の病気であるという絶望感などが相まって、認知症を自分自身の問題として考えたくない気持ちを起こさせているのだろう。

認知症を正しく理解する、疑いが出てきたら早期診断・早期治療を受ける、介護負担を軽くするため介護サービスを積極的に利用する、専門職や介護体験者などと交流するなど、前向きに対応することにより、介護の混乱が軽くなり、認知症の人の状態も落ち着くことは、私の経験からはっきり言える。

このシリーズでは、認知症の人の世界を理解することを中心として、認知症に関する様々な問題を幅広く取り上げていくつもりである。

第2回

身近な人に強く出る症状 それは信頼されている証拠

「私のいうことは一切聞かず、ひどい言葉で私を非難する義母が、よその人に対してはしっかりした対応をするのです。わざと私を困らせているに違いありません」と訴える介護者は非常に多い。

認知症の人は、よく世話をしてくれる介護者に最もひどい症状を示し、時々会う人や目上の人にはしっかりした言動をするのが特徴である。このことが理解されないため、介護者と周囲の人との間に認知症の理解に深刻なギャップが生じて、介護者が孤立する。

同じ家に住んでいても朝夕しか顔を合わせない息子に対してはしっかりした言い方をするので、介護が大変だという妻に対して、「おまえの言うことは大げさだ」といって、夫婦の亀裂を決定的なものにしたケースもある。

逆に、この特徴が理解できて、夫から、「大変だね。いつも世話をしてくれてありがとう」といわれて、「気持ちが軽くなった」と話す介護者も少なくない。

医師や看護師、訪問調査員などの前では、普段の状態からは想像できないほど上手に応答するので、認知症はひどくないと判断されてしまう。介護者は、専門家でさえ本当の

認知症状態が理解できないのだと思い、絶望と不信に陥ってしまう。

ところで家族だけでなく、身近な存在となったヘルパーに対しても、この特徴が当てはまる。「ヘルパーが大事なものを盗んだ」といい始めたら、この特徴を思い出してほしい。

それでは、なぜ認知症の人はこのような「意地悪」ともとれる言動をするのだろうか。

私は次のように考えている。認知症の人は介護者に嫌がらせしているのではなく、子供が最も信頼している母親に甘えて困らせるように介護者を絶対的に信頼しているから認知症の症状を強く出すと考えるべきだと。

介護者が普段感じていることと、正反対である。このことがわかっただけで、介護者の認知症の人に対する気持ちが変わってくる。

よく考えれば、私たちも、自分の家の中と他人の前とでは違った対応の仕方をするものだ。よその人に対しては体裁を整えて対応している。認知症の人と同じことをしているのではないか。自分も相手も同じ立場だと理解できた時に初めて、相手にやさしくなれるのではないだろうか。

この特徴を知って気持ちが一変したという経験をもつ介護者は数多い。認知症の介護の第1歩は正しい知識から始まる。

第3回

ぼけても心は生きている つらい介護が軽くなる

「ぼけても心は生きている」。これは、認知症の人と家族の会が発足して以来社会に訴え続けてきたテーマの一つだ。

「認知症になったら何も分らなくなる」「人間性も失われる」と考えるものは少なくない。2002年に家族の会が行った、「家族を通じてぼけの人の思いを知る調査」は、そのようなとらえかたが必ずしも正しくないことを明らかにしている。調査の一部を紹介する。

『母さん、3月になったら、レコードでも買って、きれいな服を着いや』。夫はまじめな顔で、じっと私を見つめて言った。ぼけても失わない夫のやさしさがうれしかった」

『お父さん、本当にありがとう。よく世話をしてくれてありがとう。本当にやさしいんだから。いろいろ心配かけてごめんなさいね。いつまでも元気でいてね』と。前後、支離滅裂な内容を言い続けていたのに、これが妻が私に言った最初で最後の正気の言葉となりました。（略）私は、この時、最後まで、妻をやさしく介護してやろうと決心しました」

このように、認知症が進んでも、「家族に幸せになって欲しい」「家族の体を気遣う」という気持ちは

持ち続けている。

「支離滅裂」の状態であっても、このような人間らしい優しさに出会うことができるからこそ、家族はつらい介護を続けられるのだと思う。

『あなたの笑顔はステキですね』と私の友人が訪ねてきた時に話した。母の精一杯のあいさつ。相手に不快を与えないような心配りが感じられた」

記憶障害、理解力・判断力の低下などがあったとしても、これまでの人生で培ってきた、人との接し方や気配りなどは長く持ち続けるものである。時には、認知症があるかどうかかわからないほど上手に対応する。もっとも、このように、他人に対しては見事な対応をすることができるのに、介護者に対して激しい症状を出すため、そのギャップに介護者は悩むことになる。

「痛いリハビリに抗議して『イヤ、イヤというたらイヤ！しないというたらしない。人がこれほどイヤと言うものを、皆は、何の権利があって無理強いするのか。その理由を言え。人権無視じゃあ』」

リハビリや検査、処置なども、そのことが自分にとってどのような意味があるかを理解できない認知症の人には、つらいこと嫌なこと以外ではない。周りの人は認知症の人の気持ちや性格を理解して、介護しなければならない。

第4回

記憶になれば事実でない 最大の特徴は、もの忘れ

年とともに物忘れが目立つようになると「自分も認知症が始まったのか」と心配になるように、記憶障害が認知症の最大の特徴であることはよく知られている。そして、認知症には例外なく見られる症状だ。

普通の物忘れと違い、認知症の記憶障害には、「記銘力低下」(ひどい物忘れ)「全体記憶の障害」(体験を丸ごと忘れる)「記憶の逆行性喪失」(現在から過去に向けて記憶を失っていく)という特徴がある。この3つの特徴を頭に入れておけば、認知症の症状がよく理解できるようになる。

ところで、まず私たちが心得ておかなければならないことは「記憶になればその人にとって事実ではない」ことだ。見知らぬ人から「先日貸した金を返せ」と言われても、記憶になればお金を借りたことを決して認めないだろう。

しかし、交通事故やてんかんの大発作などのため逆行性健忘になり、金を借りたという記憶を失った人は、実際にはお金を借りていても、借りたことを覚えていないため、同じ態度をとるはずだ。

周りの者にとっては真実であっても、本人には記憶障害のために真実でないのが、認知症では日常的であることを知っておくことは大切

だ。

今見たこと、聞いたこと、話したことを直後に忘れる、つまりひどいもの忘れが、記憶障害の第一の特徴だ。同じ話を何回も繰り返し話すのは、その度に忘れてしまい、毎回初めてのとつもりで話しかけているに過ぎない。

しかし、同じ話を聞かされている者はたまらないので、「何度も同じ話をしないでよ」と言うと、本人は「まだ一言も話してないのに、私が何回も話したなんて嘘を言うのだろう。嫌な人だ」と反応してしまう。それよりも、「ああ、そう」と適当に聞いていれば穏やかな状態が続く。

物忘れのために同じことを繰り返すのは、認知症の人ばかりではない。「年寄りの話はくどい」と言うが、話したことをふっと忘れて2、3回繰り返すに過ぎないのであって、相手の頭が悪いから何度も言っておかなければならないと考えてのことではない。

外出の時、ガスの元栓を閉めたかどうか気になり、処置したことを思い出せなかったら、必ず台所に戻って確認するはずだ。気になることを忘れた場合に、繰り返すのは人間の本性である、と知ることは重要だ。

「同じ状態になれば自分も同じことをする」と思うことで、認知症の人の気持ちが理解でき、イライラが軽くなるのは間違いない。

第5回

体験したこと全体を忘れる 否定しないで受け入れる

普通の人は細かいことは忘れても、重要だと思うことや体験したことを忘れることはないが、認知症では「出来事の全体をごっそり忘れてしまう」ことがある。これを「全体記憶の障害」と呼んでいる。「ひどい物忘れ」に続く、認知症の記憶障害の第2の特徴だ。

訪ねてきた人が帰った直後に、「そんな人は来ていない」と言い、デイサービスから帰った後「今日はどこに行ったの」と尋ねられて「どこも出掛けないで一日中家にいた」などと言うのは、この特徴からくる症状だ。

周囲の人は、明らかな事実を本人が認めないことに驚き、正しいことを教え込もうとする。

「隣のおじさんが来て、先ほどまで楽しそうに話していたでしょう」とか、「これはお父さんが作った作品だけど、どこで作ったの」などと、手がかりを与えて思い出させようとするが、うまくいかないことが多い。

逆に、「誰も尋ねてこなかったし、デイサービスにも行った覚えがないのに、この人はどうして私に間違ったことを思い込ませようとしているのか。ペテンにかけようとしているのではないか」と疑念を増し、混乱に拍車をかけることになりか

ねない。

それよりも、「体験したことを忘れるのが認知症の特徴だから、思い出せないのは仕方がない。でも、デイサービスで楽しく過ごしてしたので、思い出せなくてもそれでよいのではないか」と割り切るのがよい。

認知症の人が電話を受けた場合、上手に対応するので相手も安心して、「何日何時から会合があるので、おうちの方に伝えてください」と頼む。すると、「分かりました。間違いなく伝えます」としっかりした対応する。

しかし、電話を切った瞬間電話がかかってきたことを忘れてしまうので、その用件が家族に伝わらないことが少なくない。

その場合には、電話をかけてくれそうな人全員に「母が出たときはその用件は伝わらないと思ってください。お手数ですが、あらためて私たちに直接お電話くださいね」と話して協力してもらうのがよい対応である。

特に認知症の初期の場合、普段はしっかりしているので、「こんなことを忘れるはずがない。とぼけているのではないか。正しいことを教えないといけない」と考え、事実を確認し教え込もうとして、混乱を一層拡大しがちだ。

そんな時には、「全体記憶の障害の特徴による症状に振り回されているのではないか」と考え直すことが大切である。

第6回

食後に、「たべてない！」 割り切って柔軟な対応を

認知症の人は、ある時期、異常な食欲を示すことがある。そのようなとき、食べた直後に「まだ食べていないから、早くご飯を用意しろ」「食事をさせないで殺すつもりか」などと言って、食べ物を要求する。

家族は、「食べていない」という本人言葉が理解できず、「今食べたばかりでしょう。これ以上食べると、おなかをこわすから駄目よ」「夕方まで待ちましょうね」と説得に努めるが、本人は納得しないばかりか、ますます興奮する。

このような症状に振り回されている介護者が少なくない。異常な言動をどのように理解し対応したらよいか考えよう。

過食の時期は一人分を食べても空腹感が残っていて、しかも細かい献立の内容を忘れるだけではなく、「食べたこと」を忘れる。「記憶になれば事実ではない」「本人の思ったことは本人にとっては絶対的な事実である」という原則のため、食べ物を要求するわけだ。

「食べていない」という本人の思い込みを認めて、「今、準備しているから少し待っていてね」「おなかがすいたのね。おにぎりがあるからこれを食べてね」と対応した方がうまくいく。

それでも本人が納得しなければ、もう一食食べさせてもよい。この時期には二人前を一度に食べてもおなかを壊すことも太ることもないから安心して食べさせればよい。

不思議に思えるかもしれないが、動きが非常に活発でエネルギーの使い方が多い、栄養の吸収の効率が悪いと考えれば、異常な食べ方ではなく、必要なカロリーを摂取しているにすぎないと思えるだろう。

いずれにしても体の動きが少なくなると、確実に食べなくなる。認知症がさらに進行すると物を飲み込むことができなくなり、食事の介護に1時間も2時間もかかるようになる。

そうなったとき、介護者は、かつての過食のころを思い出して、「あのときは、自分一人で食べてくれたし、服を着ることも風呂に入ることでも自分でできていた。病気もしなかった。よく考えればあんな楽なときはなかったな」と思える。

夜中に台所で音がするので、見に行ったら、過食の時期の本人が食べ物を探し回っていた、食べ物を隠せば隠すほど、一晩中探し回るので家族はよく眠れないという相談を受けることがある。

食卓に食べ物を置いておけば、それを見つけて食べるので、早く寝てくれるものだ。

早くから正しい知識をもつと介護は楽になるものである。

第7回

昔の世界に帰っている 家族の顔も忘れる

認知症のおばあちゃんが、朝早く台所で、ガスコンロの上に電気炊飯器を置いてガスに火をつけようとしている。それを見た家族が、「なにをしてるの！」と悲鳴に近い声をあげると、「今日は息子が遠足に行くんで、お弁当を作ってやろうと思ってな」という答が返ってくる。

「ガスコンロに電気炊飯器」「息子の遠足」一。常識的に理解できないことが認知症介護の現場では日常的に起こっている。

認知症の記憶障害の第3の特徴が「記憶の逆行性喪失」。これは、「記憶を過去にさかのぼって失っていき、最後に残った記憶の世界が本人にとって現在の世界となる」という特徴だ。

このおばあちゃんの世界を、息子が小学生のころまで遡らせたらどうだろう。ガスコンロでご飯を炊いていただろうし、遠足にいく息子のために張り切って弁当を作ることは当然だ。そう考えると、それ自体は異常な言動ではなくなる。

そんなことが起こっていると理解できない家族が、「火事になったらどうするの」「息子は先月会社を定年退職した大人よ」と教え込んでも、効果がないばかりか、混乱

を深めるだけだ。

その世界を認めて「〇〇ちゃん、遠足を楽しみにしているでしょうね。私も手伝いますから、お母さんはおかずを作ってください」のように、話を合わせながら、ガスコンロから引き離すのがよい対応である。

配偶者の顔が分らなくなり、嫁を妻と思い込んでトラブルを引き起こすことがある。医学的には「人物に対する見当識障害」と呼ぶが、そのようなとらえ方では本人の世界が消えてしまう。

昔に戻って、「自分の妻は30歳の若い女性」と思い込んでいる本人にしてみれば、目の前の老婆は自分の妻ではありえないし、イメージに一致する嫁が自分の妻であると考えるのは当然であろう。

「何十年も連れ添った私を忘れるなんて！」「お義父さんは嫌なひと！」と家族は嘆き、気持ち悪がるが、それよりも「奥さんは何をしていらっしゃるの」「ご飯の支度をしなければならないので、また後でね」と言ったほうがうまくいく。

本人のしっかりしていたかつての状態を知っていて、認知症になったことを認めたくない家族には、本人の状態に合わせて演技をすることが難しいかもしれない。

本人が変なことを言っていると感じたとき、「記憶の逆行性喪失」の特徴を思い起こすことで、混乱が早く治まるのは間違いない。

第8回

夕方になり、家に帰る！ 受容することが大切

記憶を過去にさかのぼって失っていくという、「記憶の逆行性喪失」の特徴を前回に引き続いてみていきたい。

認知症の人が夕方になると落ち着かなくなり、荷物をまとめて、家族に向かって、「どうもお世話になりました。家に帰らせてもらいます」と丁寧に挨拶して家を出て行こうとする。夕方に起こるので、「夕暮れ症候群」と呼ばれている。

「どこに帰るの？」と聞くと、昔住んでいた古い家や実家に帰るという返事が必ず返ってくる。つまり、本人は古い家や実家に住んでいる時代に戻っているのだ。

そうすると、今いるところは、他人の家になる。他人の家に遊びに来ていると思っている人が、夕方になって「家に帰る」というのは自然である。

そんなことが起こっていると思っていない家族は「もう 10 年以上も住んでいる家でしょう」「古い家は取り壊してありませんよ」などと説得するが効果がえられない。

外に出るのを止めようとすればするほど強い反発が返ってくる。ドアに鍵がかかっていて監禁されたと感じれば、暴れたり、ガラスを割ったり、窓から抜け出したりすることは、その状態に置

かれた人であれば誰でも行う行動にすぎない。

「この人は遊びに来ているつもりなのだ」と発想を変えて、本人の世界に合わせるほうがうまくいく。「お茶を入れますからゆっくりしてください」「夕食を用意しましたから、食べていってください」などのように勧める。

どうしても出かけようとする場合には、「お送りしましょう」と付き添って行き、再び家に帰ると落ち着く場合が多い。

10 年前に亡くなった人が遊びにきた、という場合も、幻覚・妄想と考えない。10 年以上前の世界であれば、亡くなった人は生きていて遊びに来てもおかしくない。

旧姓で呼び掛けて初めて「はい」と答える場合も、結婚前の時期の戻っていると考えれば当然だ。夫が隣の家の奥さんと話しているのを見て、激しい嫉妬妄想を抱いて夫を非難する場合、若い時代に帰った女性の嫉妬と考えれば、ある程度納得できる。

認知症の人の異常な言動に振り回されているとき、「記憶の逆行性喪失」の特徴に当てはまる症状に対して自分の対応がまずいのではないかと思ってほしい。

対応の原則は、本人の世界を理解してこちらが合わせて、ドラマの俳優になってつもりで演技をすることである。現実を正しく理解させようとすることは混乱を深めることになる。

第9回

不利なことを認めない 見事にごまかすのも症状

「大事なものがなくなった」と大騒ぎするので、家族も一緒になって捜したところ、本人が使っている引出しの中から見つかったとする。

家族が、「おじいちゃんがしまい忘れたんじゃないの」というと、「いや、自分はそんなところにしまった覚えはない。誰かがそこに隠したんだ」と必ず言い返す。

失禁して衣服が汚れていても、「汚れていない」「水をこぼして着物が濡れたんだ」と否定する。

何ヶ月間も掃除をしたと思えない部屋を見た知り合いが「お部屋が汚れているから掃除を手伝いましょうか」と親切に言っても「一日おきには掃除をしていますよ。貧乏暇なしでねえ！」。

あまりにも素早く、しかも難しいことわざや一般論としては正しい言い方などを交えて言い返してくるので、周囲の者はその人が認知症であるとはとても思えない。

しかし、言い訳の内容には明らかな誤りや矛盾が含まれているため、「都合のよいことばかり言う自分勝手な人」「平気でうそを言う人」「やる気がない人」などと、低い人格の持ち主と考えて、そのことで介護意欲を低下させてしまう家族も少なくない。

自分にとって不利なことは一切

認めないで、認知症があるとは思えないほど、素早く言い返してくる特長を、私は「自己有利の法則」と呼んでいる。ちなみに「法則」と名付けたのは、この特徴が認知症の人に普遍的に認められるからだ。

認知症になると、なぜこのような特徴がみられるのだろうか。

人には自分の能力低下や自分の責任を認めたくないという自己保存の本能が備わっている。普通の人があからさまなうそを言わないのは、「うそとわかったら自分の立場がもっと悪くなる」と推理・判断できるからだ。

しかし、認知症の人は推理力・判断力が低下しているため、自己保存の本能のままに言っているにすぎない。つまり、うそを言うことやごまかすこと自体が認知症の症状であるにとらえるべきだ。

子どもが高熱を出しせきやたんで苦しんでいるとき、親が「どうして熱を出したのだ」「どうしてせきをするのだ」と子供を非難することはない。同じように、本人の言動は認知症の症状なのだから、いちいち問題としないで、さらりと受け流そうと考えたほうがよい。

「自己有利の法則」を知り、認知症の症状であるにとらえることで、無意味なやりとりや、かえって有害な押し問答を繰り返さず、混乱を早めに収拾することができるようになる。

第10回

正常と異常が混在 「まだら症状」と割り切る

往診に行くと、娘に向かって「先生がいらっしゃったから早く座布団を用意しなさいよ」と指示し、「うちの娘は気が利かなくなくて、すみません」と私に謝った。寝たきりで、おむつも付けている重度の認知症の人と思えないほど見事に対応する。

他方、物忘れはあるものの、趣味豊かで日常生活では問題ない人から「私の大事な着物を隠したでしょう。返しなさいよ」と、身に覚えのないことを毎日言われたら、誰もがパニック状態になるに違いない。本人の足音が聞こえてきただけでも、背中がぞくぞくするようなたまらない感じを覚えるものである。

認知症には「正常な部分と、症状として理解すべき部分が混在する」という特徴があり、初期から末期まで見られる。これを「まだら症状の法則」と呼んでいる。

認知症の人は常に異常な行動ばかりするわけではない。認知症の初期には、大部分はしっかりしていて、時々異常な言動をする。そのため周囲の人はその異常な言動を認知症の症状ととらえることができず、混乱に陥り振り回される。

初めから認知症の症状なのだとわかっていれば、そして、対応の仕方をうまくすれば、認知症による混

乱は軽くなる。

お年寄りの言動が認知症の症状であるのか、そうでないのかをどう見分けたらよいのか。「常識的な人ならしないような言動をお年寄りがしているため周囲に混乱が起きている場合、“認知症問題”が発生しているので、その原因になった言動は、“認知症の症状”である」と割り切ることがコツだ。

「私の大事なお金を盗んだんでしょ。ドロボー！」という「物取られ妄想」も、見かけは正常に近い認知症の人が言うのと、寝たきりで全面的に介助の必要な人が言うのとでは、介護者の混乱は全く違う。

前者の場合は、「どうしてそんなひどいことを言うのかしら。私をいじめているのに違いない」ととらえるが、寝たきりの人の言葉であれば「またおばあちゃんがおかしなことを言っている。どうせ本気で言っているわけではないので、聞き流しておこう」となる。

言動そのものよりも周囲のとらえ方で問題性が大きく変化するのだ。

「まじめな人がどうしてこんなことを！」と意外に思われる事件などを考えれば、「まだら症状」は普通の人にも見られる特徴と分かるだろう。

第11回

物忘れしても感情は鋭敏 説得よりも同情

認知症の人は、「ひどい物忘れ」の特徴のように、自分が話したり、聞いたり、行動したことはすぐに忘れてしまう。しかし、感情の世界はしっかりと残っていて、瞬間的に目に入った光が消えたあとでも残像として残るように、その時抱いた感情は相当時間続く。このことを、「感情残像の法則」と呼ぶ。出来事の事実関係は把握できなくても、感情の波として残るのである。

認知症の人の感情が鋭敏で変化しやすいことは、介護したことがある人なら誰でも経験している。注意したり否定したりすると、突然険しい表情になって、「うるさい。余計なお世話だ」などと怒り出すのは日常的だ。

周り（特に一生懸命介護している人）からどんなに説明を受けても、その内容はすぐに忘れてしまい、単に相手をうるさい人、いやなことを言う人、怖い人ととらえてしまう。よい感情も残るので、本人の気持ちを受け入れて合わせれば、穏やかな表情にかわる。

これをどう理解したらよいのだろうか。

私たちが人から忠告を受けた場合、その人に向かって、「うるさい。余計なお世話だ」とは普通言わない

だろう。なぜなら「自分のことを思って忠告をしてくれたのだ」「同じ立場であれば自分でも同じ言い方をするだろう」などと、瞬間的に考えて、その時の感情をコントロールするからだ。

それが可能なのは、判断力・推理力などの理性があるからだ。

知的能力の低下した認知症の人は、一般常識が通用する理性の世界から出てしまっていて、感情が支配する世界に住んでいる、と考えたらよい。

周囲の者はその人が穏やかな気持ちになれるよう、心からの同情の気持ちで接することが必要となる。認知症の人を介護するときには「説得よりも同情」である。

私は介護者に対して「お年寄りとの間に鏡を置いて、鏡に映ったあなたの気持ちや状態がお年寄りの状態です。あなたがイライラ、カッカしているときにはお年寄りも同じように反応します。穏やかに対応すれば、お年寄りも必ず落ち着きます。介護サービスを上手に使う余裕を持つようにしましょう。そのほうがあなたにとっても本人にとってもよいことです」と話している。

最初のうちはむずかしいかもしれないが「どうもありがとう。助かるわ」、「そう、それは大変だね」「それはよかったね」などの言葉が言えるようになれば、その介護者は上手な介護ができているといえよう。

第12回

介護のコツは、ほめること 介護者は認知症になるべし

「本人の言うことを受け入れて、穏やかに対応するのがよいと先生は言われますが、介護する身にもなってください。言うことを聞かず、迷惑なことばかりする人にいい顔はできませんよ」と多くの介護者は訴える。

それに対して、私は「毎日慣れない介護をし続けなければならないあなたの気持ちはよくわかります。しかし、この時期は介護者にとっても本人にとっても一番つらい時期なのです。良い感情を与えるようにしたほうが結局、あなたにとっても楽になるはずですよ」と答えている。

介護に慣れてくれば、多くの家族は、感情を荒立てさせない介護ができるようになるが、少しでも早く楽な介護をするには、4つのコツがある。

第1のコツは、「ほめる、感謝する」。どのようなことをされても、「上手ね」「ありがとう。助かったわ」などと言い続けていると、次第に本人の表情や言動が落ち着いてくる。

ぬれた洗濯物を取り込んでいるのを見て「お母さん、乾いてないのに取り込んで！洗いなおさなければいけないでしょう。どうしてこんなことをするの」と言うと、

「手伝ってあげたのに、怒るなんて、嫌な人だ」となってしまう。

それよりも、「お母さん、手伝ってくれてありがとう。後は私がしますから、居間でお茶でも飲んでいてください」と言ったほうがよい。

第2は、「同情」で、「ああ、そう」「そういう事があったのですか」「大変ですね」のように相づちをうつこと。

多くの家族・介護職は正しく答えなければいけないとまじめに思って、教え込んだり、聞き返したり、訂正しようとする。それでうまくいくのであればそれでよいが、くどい人、うるさい人、嫌な人ととらえられる場合も少なくない。

それよりも、いかにもよく聞いているような印象を与えながら、適当に相づちを打つほうが楽であるし、本人も穏やかになる。しかし、本人が正気にかえって、「私の言うことを聞いてくれない」と言うときには、「うっかりしてごめんね」などと、とぼければよい。

施設などで、認知症の二人がいつまでも楽しそうに話している光景はよく見られるが、互いが自分の言いたいことを言って、話の内容が全く合っていない場合はよくある。

「うん、うん」「そうだ」とお互いに相づちをうっているから楽しいのである。だから、私は介護者に「介護者はすべからず認知症になるべし！」とも言っている。(続)

第13回

俳優のつもりで演技しよう 「よかったね」で共感を

相手によい感情を与えて、よい介護をするための第3のコツは、「共感」。「よかったね」を話の終りに付け加えると「共感」になる。

4つのコツの中で最も実践しやすい方法だ。イライラさせられているときに、相手をほめたり、感謝したりするのはやりにくい。相づちを打つにも、タイミングをあわせることが難しい。

ただ第4のコツである「謝る、事実でなくても認める」ことは、もっと難しい。それに比べると、「共感」は容易である。

「ご飯、おいしかった？よかったね」「その着物、よく似合いますよ。良かったね」「雨があがって晴れましたよ。良かったね」といった具合だ。

文字で読むと、話の内容と「よかったね」が、どうして結びつか分らない。しかし、繰り返し話し掛けることで、本人は介護者との間に共感をもつようになり、穏やかな表情になってくるのは間違いない。

混乱の真ただ中にある介護者は「よかったね」から始めたらどうだろう。

さて第4のコツは「謝る、事実でなくても認める、演技をする」だ。

認知症の人では「忘れたことは本人にとって事実ではない」「本人の思ったことは本人にとって絶対的な事実である」という原則がある。

食べたことを忘れてしまえば、「食べてない」のが事実。「百万円を貸した」と思い込んでいる人が「借りた金をかえさないのはけしからん。金を返してくれ」と請求するのは当然だ。

それを否定して、「ご飯は食べたばかりでしょう」「借りてもいないのに変なことをいわないで」と言うのと、こだわりがますます強くなって混乱が続くだけである。

それよりも、「今、夕食の支度をしていますからもう少し待ってくださいね」「今は手元にお金がないので、あす銀行から下ろしてお返しします」と、本人の思い込みをいったん受け入れながら、結論を別の方向にもっていくほうが本人の納得を得やすい。

つまり、本人の世界に合わせてせりふを考え、演技する俳優になったつもりで、対応するのがよい。

「ごまかしたり、嘘をつくことは、良心がとがめて、とてもできません」と介護に慣れていない介護者は言う。

そのような人に対して私は、「ドラマで悪役を演じる俳優は、悪役を演じることを悩んでいないでしょう。あなたも認知症の世界で悪役演じているつもりで割り切ってください」と話すことにしている。

第14回

こだわって、抜け出せない 原因への対応が有効

認知症には「一つのことに集中すると、そこから抜け出せない。周囲が説明したり説得したり否定したりすればするほど、こだわり続ける」という特徴もある。これを「こだわりの法則」と呼ぶ。

「買い物に行くと毎日同じものを買ってくるし、夕方になると家に帰ると言ってでかけようとします。毎日毎日繰り返されるのでたまりません。この状態がいつまで続くかと思うとますますイライラしてきます」。この言葉に共感しない介護者はいないだろう。

こだわりに対してどのように対応したらよいだろうか。まず丁寧に説明する、説得する、駄目なものはダメと禁止する、という普通の方法を試みる。この方法でうまくいくなればそれでよい。

しかし、説明してもすぐ忘れて効果がない、説得に一切応じない、駄目というと興奮する、という反応であれば、別の方法が必要になる。

本人のこだわり続ける気持ちを理解して、こだわりを軽くするにはどうしたら一番よいのかという観点で、割り切って対応するのがよい。それには次の八つの方法がある。

①こだわりの原因をみつけて対応する②そのままにする③第三者に登場してもらう④場面転換をす

る⑤地域の協力、理解を得る⑥一手だけ先手を打つ⑦本人の過去を知る⑧長期間は続かないと割り切る—という方法だ。

それぞれ、具体例を通して考えてみよう。まずは「こだわりの原因をみつけて対応する」。

認知症の人がこだわりを示すとき、その背景となる原因が見つかる場合がある。原因に対して適切な手をうつことで症状が軽くなることがある。

「夫が私に浮気妄想をもつようになりました。先日、たまたま息子と一緒に帰宅したら息子と関係しているとまで言い出しました。どうしたらよいのでしょうか」

「何かきっかけはありませんでしたか」

「こころあたりはありません。ただ、物忘れが目立ってきたので、預金通帳を私が管理することにしましたが、最近、通帳を返せと強く言うてくるようになりました」

「大事な財産を妻が勝手に使っている、浮気しているに違いないとご主人は考えたと思います。紛失しても再発行すればよいので、こだわりの原因である通帳を渡したらどうでしょう」。

1ヶ月後、相談者が再度受診して「先生の言う通りにしましたら、浮気妄想がすっかりなくなりました。本当に認知症の症状だったのですか」と報告してきた。

第15回

問題なければそのまま 発想の転換が大切

こだわって同じ症状を繰り返す認知症の人に対する対応の仕方を前回に続いて考えてみたい。

第2番目は「そのままにしておく」だ。

介護者は誰でも、認知症の症状を軽くしようと工夫しながら対応している。介護専門職は、一つ一つの症状を「問題」としてとらえ、問題解決のため努力する。

それぞれは決して間違っていないが、効果がえられないことも少なくない。そのようなとき、努力や工夫が足りないと考えて働きかけを強めても、これまで述べてきたように、認知症の症状がひどくなる場合が多い。

「このままにしておいて何が問題か。命に別条なければこのままにしておいてもよいのではないか」と発想を変えるのもひとつの方法である。

真冬でも薄着で平気の人がいる。着物を着せてもすぐ脱いでしまい、着せても脱ぐことを繰り返すので、家族はイライラしてくる。

認知症のある状態では、薄着でもかぜもひかないし、寒さも感じないこともある。だったら、そのままにしておけばよい。半年経過すれば真夏になって「冬の薄着」の問題は解決する。「認知症になることは、様々

な規制・規範から抜け出て自然人に戻ることである」と考えれば、エアコンのある今の生活のほうが異常で、認知症の人の世界の方が自然であるにとらえられるのではないだろうか。

道端に落ちている、使えなくなった道具を拾ってきて、庭にごみの山を築いた認知症の男性がいた。家族が注意するが、収集癖は直らない。結局、本人のいないときにごみの山を適当に処分するほうが楽だと分かって、注意しないことにした。

しかし、ある時、自分が集めたものがなくなっているのに気付いて「おまえが隠したのではないか」と、家族に詰め寄った。

「みっともないから処分した」と言わないで、「知らない人が庭に入ってきて持っていったと思うよ。これからは、わたしが見張っているから安心して」と言ったら興奮がおさまった。

ちなみに、その男性はかつて職人であったという。道具を大切にすることを徹底的にたたき込まれた人だからこそ、大切な道具が無造作に捨てられている状態に我慢できなかったのだろう。

幅広い考え方や症状が変化するという見通し持っていなければ、「そのままにしておく」ことは案外難しい。介護にかかわる人は認知症に関する知識を深め、経験ある仲間などのアドバイスを受けることが大切だ。

第16回

第三者の関与で解決する 「業務」という理解も必要

「洗面・洗髪、入浴を嫌がり、家族がどんなに説得しても聞き入れないのです」「大事な年金を使い込んでいると言って一日中私を非難します」など、認知症の人の代わりに、家族では対応できない場合がある。

このような時には「第三者に登場してもらおう」のがよい。「身近な人に激しい症状を示し、他人にはしっかりした言動をする」という認知症の特徴を応用するのだ。

家に閉じこもっていて、数ヶ月間入浴や洗髪をしない女性がいた。家族が「お風呂に入らないと病気になるよ」と勧めても入ろうとしないし、無理に入れようとする大暴れする。家族から相談をうけて私が訪問診療をすることにした。

しばらくすると私の訪問を心待ちにするようになった。すると、訪問診療の前日には、入浴して清潔な下着に着替え、さらに美容院にも行くようになった。薬を処方した訳でもないのに、見違えるような変化に家族は驚いた。

高齢者は律義な人が多い。身綺麗にして診察を受けなければならないという思いを持っている。認知症になってもこの気持ちが働いて、診察の前に身綺麗にするという行動に結び付いたのだらう。

認知症相談に26年間携わってきた。当初は入浴拒否の相談が多かったが、最近はずいぶん少なくなった。デイサービスや入浴サービスでスタッフがかかわることで入浴する人が多くなったためであって、認知症の人が全員、風呂好きになったのではないと思っている。

着物がひどく汚れているので、お嫁さんが新しい着物を買ってきて勧めても、絶対に着替えようとしない人がいた。

実家を訪ねてきた娘に「お母さんに似合う着物を買ってきたので、着てみてね」と勧めてもらったら、同じ着物を抵抗なく着て、以後着続けたという。

「年金が無断で遣われている」と思い込んでいる本人に対して、当事者である家族が通帳を見せながら、「1円も引かれていないでしょう」と説明しても信じない。

しかし、郵便局員や銀行員が「大丈夫ですよ」と言うのを安心して、いわゆる社会的権威者や目上の者などのいうことは受け入れやすいので、そのような人物が登場する場面を作ることで、こだわりが軽くなるものだ。

認知症の人が今後激増するのは間違いないので、郵便局員も銀行員もお巡りさんも病院の先生も「認知症の人と上手に付き合うことも業務の一つ」として理解してほしい。

第17回

こだわりに説得や否定は禁物 関心を別に向けてるのがコツ

認知症の人には「一つのことにこだわり続け、説得されたり否定されたりすることは、こだわりを強めるだけである」という特徴があって、介護者は苦勞している。

そんなときの対応のコツは「場面転換をする」。別のことに関心を向けさせて、認知症の症状を軽くする方法である。

夜中に寝ないで大きな声を出す人に対して「真夜中だし、近所の迷惑になるから静かにしてください」と説得しても寝てくれない。

それよりも「お父さんの大好きなおまんじゅうがあるので食べませんか。隣のおばさんが今日お土産に持ってきてくれたの。おいしいうちに食べましょうよ」と上手に勧めて食べさせる。

その後で「おいしいものを食べると眠くなるわね。私は休みますから、お父さんも寝てくださいね」というふうに話を持っていくと寝てくれることもある。

「夜中に食べさせるなんて」と心配し遠慮することはない。目を覚ましているときは、本人にとっては昼間なのだから。

趣味や特技のない人に対して、食べ物は最終的な切り札でもある。本人の好きな食べ物をいつも用意しておいたほうがよい時期がある。

昔の思い出も場面の切り替えに有効だ。いなかの生活、会社での仕事、子育て。戦争体験のある人なら戦時中のこと。本人がいつも話していることがあれば、その話題を持ち出すのがよい。

ただし、話し始めると止まらなくなる場合もあることを覚悟する必要がある。

趣味や本人が関心を持つことに対しては、場面転換しやすい。

「お母さんの好きな歌を聞かせてください」「洗濯物を畳むのを手伝っていただけませんか。お願いします」というように話を持っていくと、興奮やこだわりが一瞬消え、好きな歌を楽しそうに歌い、洗濯物をせっせとたたみ始めることもある。

普通の人であれば、関心を別に向けようとしても、「ごまかさないでよ」と一蹴されてしまうだろうが、認知症の人はコロッと変わりやすいのでやりやすい。

特別養護老人ホームに入所していた認知症の女性が、他の利用者のベッドに潜り込んだり、職員にまつわりついて落ち着かなかった。強い鎮静剤を処方したが、眠らず、よだれ・ふらつきなどの副作用が出てきた。

その女性がおしぼりを上手に畳んでいるのを見て、介護スタッフに、夜もその仕事をするように依頼したらどうかと勧めてみた。そのようにしたら、問題が全くなくなった。

第18回

「明日はわが身」と理解を 普段の付き合いが大切

「こだわり」に対する、第5番目の対応の仕方は、「地域の協力理解を得る」というコツもある。

夜間の騒音、ごみ出し、徘徊、隣人への被害妄想など、地域社会とのかかわりをもつ認知症の症状は少なくない。こんな時、家族は、「遠慮」「気兼ね」「陳謝」など、近所への気遣いという重荷を背負うことになる。

「女手一つで苦労して私を育ててくれた母ですから、被害妄想のため私を母がののしった時も、夜間騒いで眠れなかった時も、介護がつらいと思ったことはありませんでした。しかし、あることがきっかけで隣の家毎日怒鳴り込むようになって、隣の人から、町を出て行ってほしいと抗議をうけた時、母に死んでほしいと思いました」

ある介護者が泣きながら語った言葉を今でもはっきり思い出す。

近所への迷惑を考えて、鍵をかけて外出できないようにする、薬を使って興奮を静める、言い聞かせるなどの対応をしてもうまくいかず、混乱を深めることになりかねない。逆に、地域の理解があれば深刻な症状が軽くなる。

「義父が近所の薬局でせっけんを万引きしていることに気付いた

とき、目の前が真っ暗になりました。先生のお勧めによって、石鹸を持ってお店の方に事情を話した。『あんなに元気だった方が認知症になったとは知りませんでした。大変ですね。私たちも注意しますが、せっけんが見つかったら返していただければ結構です』と言っていただいていた

これは私が訪問診療をしていた介護者の体験である。ちなみに、その家では雑貨などをいつもその薬局から買っていたので顔なじみだった。地域でどのような人間関係を築いているかによって、認知症問題の深刻さが違ってくるものである。

「散歩にでて帰ってくると思っていて、徘徊ということが頭になくショックでした。心当たりを捜し警察にお願いした後の連絡待ちの長かったこと」（社団法人認知症の人と家族の会千葉県支部アンケートより）

そんな徘徊も「一人で歩いているのを見掛けたので、声をかけて連れてきました」といった近所の人目と協力があれば、さらに地域社会の協力で「徘徊SOSネットワーク」がしっかりできていれば、深刻なものでなくなるかもしれない。

「明日はわが身」「お互いさま」という理解が地域に根付いていれば、「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」が可能になると確信している。

第19回

一手だけ先手を打つ 介護負担を軽くしよう

激しい症状であっても数回で終わってしまうものなら、介護者の混乱は軽くてすむ。対応しても効果がなく、しかもいつまで続くか分からない場合には混乱と悩みが深くなる。「こだわりの法則」への理解が重要になる。

第6番目の対応の仕方は、「一手だけ先手を打つ」という方法である。具体的には、症状を抑えることができなくても、症状からくる介護負担を軽くするため「手をうつ」こと。

失禁が始まると、介護の手間が飛躍的に高まる。畳の上で大便をされたら後始末に非常に手間がかかるだけでなく、再び失敗されたらたまらないという精神的なストレスが高まる。私は介護者に、「タイミングを合わせてトイレに誘導することは介護の視点では良いことです、24時間一人で実行することは大変です。それでも失敗が起こることがあります。畳の上に水を通さない上敷きを敷いたらどうでしょう。始末が楽になりイライラが軽くなりますよ」と話している。失禁という症状を抑え込むことができなくても、後始末が簡単だと思えるだけで精神的なストレスは軽くなるものだ。

手に付いた大便をトイレの壁やタオルなどの塗りつけて汚すこと

を、弄便という。「便を弄ぶ」と書くが、認知症の人がわざわざもてあそんでいるのではない。手にべっとりした物が手に付くと、誰でも、思わず手を拭ってしまうものであるが、同じように、手に付いた便を、便と理解できないままぬぐっただけのことだ。介護者にいじわるするために行っているのでは決してない。叱っても効果がないし、「そんなことをした覚えがない」と否定されると介護者の怒りが増すだけだ。トイレの壁に紙を張っておき汚されたら取り換える、汚されてもよい布やペーパータオルを掛けておき、家族が使うタオルは別に置いておくようにしたほうがよい。紙の張替などの手間がかかるが、汚れた壁を雑巾で拭き取るよりも断然楽である。

郵便物をしまいこむ症状がある場合、大事な郵便物を紛失されると大変だ。対応法としては、郵便が届く時間を計って大事な郵便物を取り出す（不要なものは残しておいて）、郵便受けを別に設置するなどの対策をとるのがよい。

「先手をうつ」という方法は、症状を直接直すのではないので、歯がゆく感じるかもしれない。いずれにしても「症状はいつまでも続かない」ので、最も現実的な方法のひとつと言えよう。

第20回

過去の体験が背景に 症状は長く続かない

「こだわり」に対する第7番目の対応法は、「本人の過去を知り、こだわりの思いを理解する」ことである。

認知症の人の強いこだわりには、かつての体験が背景にある場合が少なくない。

ある特別養護老人ホームに施設内徘徊が止まらない二人の認知症の女性がいた。疲労を考えて職員が努力したが、徘徊が止まらなかったという。家族に本人たちの過去の体験を尋ねたところ、一人は昔ハイキングに行き子供を山中で見失って必死に探し回った経験があり、もう一人は、終戦時満州にいてかうじて最後の引き揚げ列車に乗って内地に帰った体験を持っていた。つまり二人の女性の脳裏には、「子供を失ってしまう」「外地に残されてしまう」という思いが染み付いていて、歩き続けたいと気持ちがおさまらないという状況をひき起こしているものと考えられた。

施設のスタッフがどのような対応したのか知らないが、お茶などを勧めながら当時の話をじっくり聞いて、「心配でしたね。でも子供さんが見つかってよかったですね」「着のみ着のままだったのですか。大変でしたね。でも引き揚げ列車に乗れてよかったですね」のように繰

り返し話しかけることによって、徘徊がおさまる場合がある。

「記憶を過去に遡って失っていき最後に残った記憶の世界が本人にとって現在の世界である」という「記憶の逆行性喪失の特徴」を理解していれば、本人がこだわる理由や執着の度合いが分かるようになる。こだわりの理由を介護者が理解できれば、症状を受け入れやすくなるものである。

第8の対応法は、「長期間は続かないと割り切る」というものである。

金銭や物に対する執着のように「生存に直結する症状」は何年も続くことがあるが、一般的に、一つの症状は長く続かないで半年から1年ほどで別の症状に変わっていくという特徴がある。

しかし、介護職や家族の中には、積極的な働きかけをしないで症状が軽くなると考えられないものが多い。そのような人たちに私が、「1～2年前に困っていた症状は何ですか」と尋ねると、多くは現在困っている症状とは違った症状を答える。それを確認した上で、「1～2年前に困っていた症状は今ないでしょう。同じように、現在の症状も半年から1年ほどで消えると思います。何年も続くものと決めつけしないで、気楽に考えませんか」と話すと、安心した表情になるものだ。

第21回

思いも寄らぬ衰弱の速さ 介護期間は決して長くない

「毎日6～7時間歩いても、疲れた様子もないのです。食欲は私よりもあります。とても86歳とは思えない元気さです。事故が起こってはと思って一緒に歩いているのですが、私の体がもちません。この状態がどれくらい続くのでしょうか」

「食事のとり方が悪くなったら、衰弱が急速に進行して、2週間目に亡くなってしまいました。以前、先生から、認知症の人の衰弱の進行は速いといわれていましたが、こんなに速く衰弱が進むとは正直思っていませんでした」

「義母の介護を始めてから17年目になります。話しかけてもうなずくだけで、穏やかな状態です。昔は憎らしかった姑がいとおしくなりました」

認知症の人と家族の会などが行う、介護者のつどいでは、このような会話が日常的に交わされている。

「認知症の人の老化の速度は非常に速く、認知症のない人の2～3倍のスピードで進行する」という特徴がある。私はこの特徴を、「衰弱の進行に関する法則」と名付けている。

高齢者を四つのグループに分け、それぞれのグループの年ごとの累積死亡率を5年間追跡調査した結果（長谷川和夫前認知症介護研究・研

修東京センター長）によれば、認知症高齢者グループの4年後の死亡率は83.2%で、正常高齢者グループの28.4%と較べると約2.5倍になっていた。

さらに、認知症グループホームなどの利用者の変化をみると、はじめは元気で行動的であった人が、数年経過すると動きが悪くなって通所できなくなる例や、買い物、配膳などの共同生活ができていた人が室内に閉じこもるようになり寝たきりになる例などは決して少なくない。

したがって、何年何十年にわたって介護し続けなければならないのかと思い悩んでいる家族に対して、私は次のように説明することになっている。

「同じ年齢の正常な人と比べると、認知症の人の場合、老化が約2～3倍のスピードで進むと考えて下さい。例えば、2年たてば4～5歳年を取ったと同じ状態になりますから、看てあげられる期間は短いのです」

ただし、アルツハイマー病でも非常に速く進行する例もあれば、20年間にわたって穏やかに進行する例もあるように疾患そのものの性質によって変わってくるし、落ち着いた環境で適切な介護によって経過がゆっくりすることもあるのでこの特徴はすべての認知症に当てはまるわけではない。

第22回

「症状」と「問題」は違う 軽減・ケアは地域の課題

認知症の症状によって引き起こされる問題や混乱は、認知症に対する理解の深さ、介護者との関係、介護環境、利用できるサービス、社会的な理解度などによって大きく変化するものである。

夜眠らないで一晩中騒ぐ「夜間不眠」を取り上げてみよう。数日間眠れないだけでも介護者の疲労は甚だしいが、これに、隣近所に迷惑がかかるという思いが加わった時には、その疲労はさらに激しくなる。

「それほどうるさくないし、お互い様ですから気にしないでください。介護が大変ですね」と隣の人が慰めてくれると介護者の気持ちはずっと楽になる。音が筒抜けになる集合住宅に住んでいる場合と、隣と十分離れている一軒家に住んでいる場合とでは、気兼ねという点ではまったく違う。

「私を困らすために騒いでいるのではないか」と考えるのと、「恐怖感に襲われて眠れないのだから、部屋を明るくしたりテレビをつけたり食べ物を出したりして、安心して眠れるように工夫しよう」と考えて対応する場合とでは、介護の混乱は違っているはずだ。

「散歩に出てなかなか戻ってこず、生きた心地がしなかった。道

を迷っていたら、付けていた迷子札を見て電話してくれ、助かりました」とは、徘徊を初めて経験した介護者の言葉である。

28年前、家族の集いの場で、ある介護者は泣きながら、次のように話していた。

「義父は数十回徘徊しています。近所を捜し回り、遠くでも迎えに行くことは慣れましたので大変だとは思いません。今一番つらいのは、迎えに行くと、お巡りさんなどから『家に帰れない年寄りを家族はどうして放置しておくんだ』と言われることです。出ていくのを止めようがないことや、家族の気持ちを理解してほしいんです」。

最近では、認知症高齢者徘徊ネットワークが自治体ごとに作られ、役所や警察に届け出れば手配してもらえるようになった。衛星利用測位システム（GPS）による徘徊探知機をつけていれば居場所が正確に分かる。

徘徊を始めて経験した家族は「生きた心地がしない」という思いをするが、以前ほど深刻で大変なものではなくなっているといえよう。もちろんネットワークも地域の理解もまだ不十分で、「徘徊しても安心」という状況には程遠いが。

これまで述べてきたように、認知症の症状をなくすことは難しい。しかし問題性を軽くすることはできるし、それこそが認知症の地域ケアの目標だと思っている。

第23回

3万8000人が若年期に発症 幅広い支援早急に整備を

認知症介護に関して、今後大きな問題となるテーマが4つある。

「若年期認知症」「一人暮らしの認知症の地域ケア」「認知症の人が認知症の人を介護する『認知介護』」「ターミナルまでを含めた初期から末期までの継続的なケア」である。

今回は「若年期認知症」を取り上げてみる。まずは認知症の人と家族の会の調査に寄せられた声を聞いてほしい。

「何と言っても『徘徊全盛期?』は大変でした。将来の不安と世間の目を気にしながら、雨の日も、朝、昼、夜もかまわず歩きたい夫について歩いていた頃、よからぬことを考えたのもその頃でした」(55歳で発病した夫を11年間介護している妻)。

「何よりも経済的なことが心配です。年金生活の中から入院費、看護費、付添費などをどう捻出したらよいのか途方に暮れてしまいます」(59歳で発病した夫を1年間介護している妻)。

若年期認知症とは、65歳未満に起こる認知症であって、厚生労働省研究班の調査によれば、全国に3万8千名の患者がいると推定されている。

若年期認知症の人にも介護保険のサービスを利用できるようになっ

た。しかし①活動性が高いため受け容れてくれる施設が少ない②若年期認知症にあったプログラムが用意されていない③手間のかかる割に要介護度が低く認定されるためサービス量が限られる—など介護負担の十分な軽減になっていないのが実情だ。

認知症の人と家族の会が実施した「若年期痴呆介護の実態調査」(2002年)によると、発症年齢は、50歳代後半が41.0%、50歳代前半が31.1%と50歳代が最も多く、40歳代も10%を超えていた。

発症時には62.1%の人が仕事についていたが、認知症が進行し仕事を辞めさせられた人が18%、自ら辞めた(たぶんやむを得ず辞めた)人が75.4%と、実に9割の人が仕事を続けられなくなったと回答した。

妻が夫を看るケースが44.7%、夫が妻を看るケースが37.4%と、配偶者同士の介護が80%を超えていた。

自分の認知症や配偶者の介護のため、退職したり責任の軽い職場へ配置転換されたりして、経済的に厳しい状況がうかがえる。認知症が重度障害と認められないために、ローンを払い続けなければならない人もいる。

若年期認知症をめぐっては医療や介護の領域のみならず、就労、経済的問題、遺伝、子供の養育・結婚、介護サービスの質的・量的不足などといった問題が山積している。総合的な対策が早急に望まれるのである。

第24回

深刻な一人暮らしの認知症 地域の理解と援助の輪を！

厚生労働省の統計によると、単身の高齢者世帯は約373万世帯と推測されている。65歳以上の認知症の出現率は約9%であるので、単純に計算すると、ひとり暮らしの認知症の人は全国で約34万人いることになる。

もちろん認知症になると一人暮らしが難しくなり、家族と同居したり施設に入所したりするので、この数字のままではないだろうが、かなりの数に上るのは間違いない。

ところで、ひとり暮らしの認知症高齢者介護には次のような特徴がある。

まず24時間の見守りや、生活全体を支える援助が必要だ。生活障害を起こしている自らの状態を認めないため、医療や介護サービスを受けるのを拒否する傾向がある

近隣とのかかわりが不可欠であるのに、そういう人たちとあつれきが生じやすい

一人暮らしの認知症高齢者は一般的に金銭や物に対する執着が強く、身近な人に強い認知症の症状を示す特徴がある。そのためよく世話してくれる民生委員や知人、親せきに「物盗られ妄想」などを示し、そういう人たちがかわりきれなくなるのが少なくない

一方、時々にはしか会わない家族に

対してはしっかりした言動をするので、認知症の程度が家族に理解されにくい

いわゆる「遠距離介護」のため家族の介護の負担が大きく、栄養摂取不良や不慮の事故などが発生しても発見されにくい、といった問題もある。

ごみ出しや騒音など、社会生活上のルールが守れないためトラブルが絶えなくなり、火の不始末のため火事を出すのではないかと近所から強い懸念が出され、自宅に住めなくなる例が非常に多い。

家の中がひどく汚れていても、食事の支度ができなくても「毎日掃除しています」「栄養を考えて毎日自分で料理しています」と言い張るので、周囲がそれ以上踏み込めなくなるケースも少なくない。危篤に近い状態になって初めて訪問診療を依頼されることもある。

こうした問題を解決するには普段から地域でなじみ人間関係を作ることが必要だ。誰もが一人暮らしの認知症高齢者の問題を理解し、解決のため助け合う地域づくりが、今後重要な課題になることは間違いない。

その意味で、2006年4月の介護保険改定で、地域密着型サービスとして制度化された「小規模多機能型居宅介護」は、一人暮らしの認知症の人の地域ケアという課題の解決を目指す第一歩といえる。

第25回

増えている「認認介護」

80歳夫婦の11組に1組も！

平均寿命が女性86.05歳、男性79.29歳（2008年）と、長寿社会になった今日の日本では、80歳代の介護者は決して少なくない。

精神や身体にとくに障害がなく、元気に活動できる高齢者の増加しているのが長寿社会の特徴であるので、私は80歳代の高齢者が介護に携われないとは思っていない。

訪問診療や外来で診療している患者を介護している80歳代の高齢者は少なくない。家族の援助や訪問介護、訪問看護、入浴サービスを利用しながら、たんの吸引をはじめ、褥創などの処置、経管栄養の管理まで見事にこなす介護者もいる。

80歳前後の夫婦を考えてみよう。80歳頃の認知症出現率はおよそ20%であるので、夫婦のどちらかが認知症である確率は、 $0.2 \times 2 = 0.4$ 、約40%となり、夫婦ともに認知症である確率は、 $0.2 \times 0.2 \times 2 = 0.08$ 、約8%となる。11組の夫婦の1組が、認知症の人が認知症の人を介護する、いわゆる「認認介護」となる。

認知症とは知的機能の低下によって引き起こされる生活障害であるので、認知症になると生活全般への見守り・援助が必要になる。

夫婦ともに認知症になれば介護どころか生活が成り立たなくなると考えられる。しかし、症状が二

人とも同程度ではなく、一人が重く、もう一人が軽い場合が普通だ。介護もある程度できる。

一人が亡くなり、残った人が激しい症状を出すようになって家族が非常に驚いたという話を聞いたことが何度もある。

配偶者の死という環境の変化によって認知症の症状がひどくなったことも確かだろうが、家族に認知症だと気付かれることなく介護あるいは生活が維持できていたこともまた事実だ。

ただし服薬管理、食事、何かあった時の判断などの問題がある。

薬を朝昼晩に分けて間違いなく服薬できるようにする。介護の手順を箇条書きに分かりやすく書いて見やすい所に張っておく。訪問看護師や訪問薬剤師が必要に応じて電話や訪問をする。もちろん介護保険のサービスを十分利用する。そうすることによって、私はこれまで何組もの夫婦の在宅ケアを支えてきた。

寝たきりの妻と、食道がんはあるものの身体的には元気な夫が、ともに認知症である夫婦の訪問診療を行い、昨年、妻を自宅でみとることができた。

妻は終末期になって食事が取れなくなり、心不全症状を起こした。自宅で点滴を受けながら、妻の妹の献身的な介護のかいあって、自宅での穏やかな最後を迎えたのであった。

第26回

専門医の受診に工夫を 「ドラマ仕立て」が有効

認知症相談、予防教室、マスコミなどどこでも、早期診断・早期治療の必要性が強調されている。しかし、必要性は理解できていても「自分は病気ではない」と思っている認知症の人を医療機関に受診させるのは大変だ。

本人が自発的に受診を希望するか、本人に説明して納得が得られた上で受診することになれば一番望ましい。だが納得しない場合が圧倒的に多いのが現実だ。

認知症の特徴を理解した上で、いろいろな工夫が必要となる。私の経験から、スムーズな受診のためのコツをまとめると次のようになる。

まず、「精神神経科」には強い拒絶反応がみられるので、「もの忘れ外来」「老年科」「心療内科」「神経内科」などで一般的な診断を受けてから、その延長として認知症専門の診療に移行する

介護者が「私の健康診断に付き合ってください」とお願いする手もある。

診察室に一緒に入り、医師がまず介護者の診察をしてから、さりげなく、「せっかくですから血圧を測りましょうか」というように本人に話をすると、医師の言うことは拒否しない。

この場合、あらかじめ医療機関

と連絡を取っておく必要がある。私の経験では、この方法が一番うまくいっている。

病院は嫌だと言う場合には「保健所に健康診断に行きましょう」と誘うのがいい。認知症相談をしているかどうかを確認した上で、保健所に行くように誘う。

「保健所は地域の健康・保健センター」というイメージがあるので、受け入れやすい。ただ、保健所ではコンピュータ断層撮影(CT)や核磁気共鳴画像装置(MRI)などの検査ができず、診断の確定は難しいことを心得ておいてほしい。

信頼を置く、かかりつけ医に「知り合いのよい先生を紹介しましょう」と専門医への受診を勧めてもらう方法もある。あらかじめ家族が事情を説明し協力をお願いしておく。かかりつけの医師に勧められ、紹介状まで渡されると、大部分の人は従うものだ。

頭痛、だるさ、腹痛などの身体症状を訴えるときには、受診を納得させやすい。

担当医には「認知症の症状があるのに検査を受けようとしません。この機会に必要な検査を実施していただませんか」と依頼しておく。風邪による頭痛であっても「頭の検査をしておいたほうがよい」と医師から言われれば納得するものだ。

こんなふうに「ドラマ仕立て」で受診にもって行くことが有効な方法だ。

第27回

恐怖感からくる夜間不眠 安心させることが大切

認知症の症状の中で「夜間不眠」「性的異常行動」「火の不始末」などは比較的よくみられる症状で、しかも対応が難しい。それぞれの症状をどのように理解し対応したらよいかを考えてみたい。

まずは「夜間不眠」。

夜になると落ち着かなくなっていて、大声を出したり、家族、特に介護者の名前を呼んだりするため、家族は眠れないばかりか、近所への迷惑を考えるとたまらなくなる。

どうして、このようなことが起こるのだろうか。

認知症には時間や場所の見当がつかなくなる「見当識障害」がある。目を覚ますと、真っ暗でシーンとして誰もいない、自分の部屋にいることも夜であることも分からない。このような状況に置かれれば恐怖感に襲われるのは当然だ。

認知症の人は恐怖のあまり、最も頼りとする介護者の名前を呼び続け、家の中を捜し回るのではないだろうか。介護者が来てくれれば安心して眠るが、眠りが浅いから目を覚ます。先ほど安心したことを忘れて恐怖感に襲われ、再び騒ぐことを繰り返しているのだ。

では、どうしたらよいのだろうか。

ここは安心して居られる場所だと本人が感じられるようにするこ

とである。部屋も廊下も明るくしておいて、目を覚ました時、いつも使っているタンスや衣類がすぐわかるようにしておく。

夜中でもラジオやテレビを適切な音量でつけておく。家族の声や好きな歌などを録音したテープを流すなど、いろいろな音が聴こえるようにしておく。人のいる居間で過ごすようにする。食べ物を食べさせる。時には添い寝をする。

「認知症の人と家族の会」のベテラン介護者は、添い寝をし、目を覚ました時には「大丈夫よ」と言って手を握るということをしていた。そうすると、それほどひどく騒がずに眠ってくれ、介護者もよく休めたという。私たちも子供のころ、何年間も母親に添い寝をしてもらいながら眠りについたことを思い出せばよい。

夜眠らないのに昼間によく眠るのは、生活雑音が聞こえ、周りが見えるので安心して眠れるのだと考えるのが正しい。

不安感や興奮が強く、どうしても眠らない場合もある。このような時、睡眠薬や強力トランキライザー、鎮静作用をもつ漢方薬等を使って眠らせることも少なくない。ふらつき、食欲低下、手足口などの震え、異常言動などの薬の副作用に注意し、疑わしい症状がでたら主治医に報告することが必要だ。

第28回

対応の難しい性的異常行動 若いころに戻っているだけ

ある認知症の男性を訪問診療したとき、介護をしている嫁から「先日、寝たきりの義父のところに食事を届けたら、義父が私に向かって布団の中に入って来いと誘ってきました。それ以来、食事を届けるのが嫌でたまりません」という相談をうけた。

その介護者に私は「いつも戦争の話をしていますね。戦時中に戻っていると考えると、その頃の本人の年齢は40～50歳ですから、当然性的な関心も高いし、あなたを妻と思いこんでいてもおかしくはないでしょう。息子の嫁を誘惑したのではなく、自分の妻を誘ったと理解して下さい」と説明した。

その上で「愛情に飢えているわけですから、食事を届けるときに手を握るとか、同じ目線の高さでゆっくり話しかけるなどすれば落ち着くと思います。嫌な表情をして接すると混乱がひどくなります」と助言した。

このような説明を受けても介護者が簡単に割り切れるものではないが、週1回訪問診療のとき介護者の話を聞き、慰めたところ、数ヶ月後には症状がなくなった。

平気で下半身を露出したり、介護者に性器を触れるよう要求したり、数十年触れたことがなかった配偶

者の身体を突然触り始めたりすることは決してまれではない。

性的な異常行動は介護者にとって理解や受け入れが非常にむずかしい症状のひとつだ。

まず「記憶の逆行性喪失の特徴」により記憶が昔に戻っていくので、本人は若い時代の気持ちで行動するという特徴を頭に入れておくこと。

判断力が低下しているので羞恥心や遠慮がなくなり、息子や嫁などの見当がつかなくなっているのも、誰に対しても遠慮しなくなるのだ。

ベテランのヘルパーは胸を触られても慌てず騒がず、「Aさん、エッチね。私は娘の頃からおっぱいが大きかったのよ。でも、今度触ったら奥さんに言いつけますよ」とソフトに言い、本人の手をとりながら「おいしいお茶を入れますから飲みましょうね」と見事な対応をしていた。

しかることは効果がない。食べ物や趣味に関心を向ける、散歩やリハビリなど身体を動かすという方法が有効である。症状が激しい場合には薬で抑えることもある。

家族にしてもヘルパーにしても介護のストレスが大きいので、相談し打ち明けられる人を持つことが必要だ。ケアマネジャーや医師、看護師、ヘルパー、知人、「認知症の人と家族の会」のメンバーなどを相談相手にもつとよい。

第29回

火不始末で在宅が困難に 「先手を打つ」が有効

「火の不始末」は、自宅ばかりでなく近隣にも大きな迷惑や損害を与えてしまう。一人暮らしの認知症の人の在宅生活が維持できなくなって施設入所にならざるをえない代表的な理由の一つが、近隣からの火の不始末に関する不安の声である。

訪問診療をしていると、畳やこたつの天板にたばこによると思われる焼け跡が無数に見つかる家庭もある。ガスコンロに週刊誌を乗せたまま火をつけたため消防車が出動し、アパートを出ていかざるを得なくなった例を数年前に経験した。

炊事をしているとき、何らかの理由で中断すると、今まで炊事をしていたことをすっかり忘れてしまう。そのため鍋を焦がすことになる。

「火事を出したら大変だから気をつけてね」と注意するだけでは効果はない。どうしたらよいかを考えてみよう。

認知症の初期であれば「火の用心」「マッチ1本、火事の原因」などの標語を目につく場所に張っておくことが有効な場合がある。ただし火の点検をした経験がない人や、表示に注目したり意味を理解したりすることができなくなった人に対しては、効果はない。

次に「先手を打つ」という方法が

ある。例えば万が一の出火に備えて、火災報知器を付け、じゅうたんやカーテンを難燃性のものに替える。石油ストーブや電気ストーブを、火事になりにくいエアコンやパネルヒーターに替える方法もある。

ガス管が外れたらガスが止まる「ガスコンセント」や、熱が上昇すると自動的にガスを止めるセンサー付きのガスコンロを利用するのもいい。

家族が外出するときにはガスの元栓を閉める。燃えやすいものをできるだけ片付ける。たばこの吸い殻をごみ箱に入れてぼやを出すこともあるので、ごみ箱に湿ったぞうきんを入れるか水を張っておく。

認知症の人は新しいやり方を覚えるのが苦手なので、操作法が異なる電磁調理器など新しい器具に替えることによって使えなくする、という手もある。ガスの元栓の位置を変えると、元栓を操作しなくなることもある。

かつて東京消防庁に火事の原因を尋ねたことがある。その時の回答では、放火、ガスコンロやストーブからの失火、タバコの火の不始末が多かった。よく考えれば、それらの大部分は認知症でない人々が起こしているのだ。

「できる限りの対策を実施したので、これ以上は心配しても仕方がない」と割り切るようにすべきであろう。

第30回

家族がたどる心理ステップ 初めは「戸惑い・否定」

「母の認知症が始まったとき、一生懸命教え込んだり叱ったりしましたが、介護の混乱はひどくなる一方でした。母は私を怖がって、きつい顔をしていました」

「あんなにしっかりしていた母が認知症になったと信じたくなかったし、おまへの接し方が悪いのだと夫からも非難されて、ただ一人で悩んでいたのです。母と一緒に死のうと思ひ込んだこともありました」

「家族の会に参加して同じ悩みをもつ仲間がいることを知り、介護のコツを学んでから気持ちが変わりました。不思議ですね。症状は変わらないのに対応が楽になったのです。穏やかになった私の気持ちを鏡に写したように、母の症状は落ち着きました」

「それから余り曲折はありましたが、今では赤ちゃんか仏様のようないい表情を見せてくれる母が一日でも長生きしてくれることを祈っています」

初めは認知症のさまざまな症状に振り回されていた介護者が、とまどったり介護に疲れ果てたり絶望的な気持ちに陥ったりしながら、日々の介護を続ける。そのうちに4つの心理的ステップをたどってベテランの介護者となってゆくことを、私は30年近い経験から知った。

どの介護者も必ずたどることになる4つの心理的ステップについて、順に説明していこう。

介護者にとっては、これまでの自分の過去を客観的に振り返り、あるいはこれからの行方を見通し、自分の今いる位置を確認する上で、きっと役に立つであろうし、介護を援助する人にとっては、家族の心理的状态が把握でき、自分たちの援助の意味と方向が明確となるに違いない。

まず第1ステップは「とまどい・否定」だ。

しっかりしていた人が突然変なことを言い始めたり、介護者を疑い始めたり、今までできていた簡単なことができなくなったりすると、いったい何が起こったのかと、家族は戸惑う。

今までしっかりしていた肉親で、ましてや尊敬する親であるというような心理が働くと、認知症であることを否定しようとする。

この時期には、家族はほかの人たちに「父がおかしいのよ。どうしたらいいでしょう」という相談がなかなかできない。

保健所や社団法人「認知症の人と家族の会」の相談室へ行って相談したくても、万一、当人にばれてしまったら大変なことになるという思いも働く。さまざまな遠慮などから、この時期は一人悩む時期と言えよう。

第31回

混乱を経て、割り切りへ 正しい理解がポイント

前回に引き続いて、介護家族のたどる4つの心理的ステップを考えていきたい。

第2ステップは「混乱・怒り・拒絶」だ。

「戸惑い・否定」をしても、現実には異常な言動が続く。すると家族は、そのような言動に対してどう理解し対応してよいか分からなくなってしまう、混乱状態に陥る。

丁寧に説明し、教えれば理解するだろうと期待して頑張ってみても、効果が得られない、いくら注意しても同じことを繰り返す、一晩中騒いで眠らせてくれない。

このような状態になると、心優しい介護者であっても「ついいかげんにしてよ。さっき注意したばかりでしょ！」と、怒りの気持ちがわき上がってくる。

さらに介護の成果が一向に得られず、孤立して介護を続けざるを得ない介護者は精神的・身体的に疲労困ぱいして、ついには「とても面倒をみきれない。このままではわたしも家族も倒れてしまう」「お母さんさえいなければ、どんなに気持ちが楽になるだろう」などと言って、認知症の人を拒絶しようとする。

これが第2ステップの「混乱・怒り・拒絶」である。この段階では介護者の苦悩は極限に達する。日常的

な苦勞に加えて、この状態が今後何年間続くのかという不安が重くのしかかり、介護者を苦しめることになる。

第2ステップの特徴は、認知症に関する正確な知識もなく、適切な医療や介護サービスを受けずに介護者が常識的な対応をすることで、かえって認知症症状を悪化させていることである。

介護を「拒絶」しようとしても、親類の援助を得られない、施設に入所できない場合には、介護は続いていく。すると、そのうちに「一生懸命にやってきたけれど、どうも効果がないばかりか、かえって混乱がひどくなってしまう」ということが分かってくる。

そういう段階では、無駄なことはしなくなる。第3ステップの「割り切り、あるいはあきらめ」の境地にいたるのである。

同時に、認知症の人の介護を通して、また本や新聞、「社団法人認知症の人と家族の会」などを通していろいろな情報を得ることで、さまざまな介護のテクニックにも次第に精通してくる。そして、社会・医療・福祉からある程度の援助があれば、病院や施設に預けず家庭で介護しようという気持ちにもなってくる。しかし、一方では、認知症が進行して、より多彩な症状を呈してくるのもこの時期である。

第32回

理解の深さで関係が変化 最終ステップは「受容」

介護者がたどる4つの心理的ステップとその特徴をみていく。

最後の第4のステップは、認知症に対する理解が深まって、認知症症状を呈している認知症の人の心理を自分自身に投影できるようになり、あるがまま家族の一員として受け入れることができるようになる段階である。

この段階を「受容」と呼ぶ。介護というきびしい経験を通して、人間的に成長をとげた状態といっ

てよい。第1ステップ、第2ステップでは、認知症の人を見る介護者の目が異常な言動にばかり向いていたのが、第4ステップでは残された能力や優しい表情などのよい点に向くようになる。

そこに至ると、「わたしが赤ちゃんのときには、夜泣きしておっぱいをせがんだり、おしっこやウンチを好きな時にした。また、はいはいが始まったとき目を離せなかったものだ。よく考えれば、今のお母さんの夜間不眠、失禁、室内徘徊と同じこと。お母さんは文句も言わず私を育ててくれたのだから、今度は私がお世話してあげよう。認知症の人を二度童子（わらし）と呼ぶけれど、本当にそのとおりだ」ということに気がつく。

4つのステップの特徴を認知症の理解という観点から考えると、それぞれのステップで質的な変化をみることができる。

認知症の症状は第1ステップ「戸惑い・否定」にある人にとっては「奇妙で不可解で縁遠いもの」。第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」に進むと、「異常で困惑させられる行動の連続」と受け止めるようになる。

第3ステップ「割り切り、あるいはあきらめ」では「年をとってきたためのやむをえない言動」としてとらえるようになる。

第4ステップでは、「いろいろな症状を示す本人の気持ちがよく分かる。自分も認知症になるかもしれないので、その時のことを考え、一生懸命介護してあげたい」と言えるような「人間的、人格的理解」に到達する。

つまり認知症への理解の深さが、認知症の人と介護者との関係を質的に変化させるのである。

認知症の人と介護者の関係を固定的に考えたり、介護の難しさは「認知症評価スケール」で表わされるような知的機能の低下の程度と比例すると考えてたりする人は少なくないと思われる。しかし私にはそれが正しいとは思えない。

認知症の理解と援助の輪という要因に影響されてたどる心理的ステップのどの段階にいるかによって、介護者の混乱は軽くにもなるし、重くにもなる。そう考えるのが正しいのではないだろうか。

第33回

心理的ハードルを低くする 介護サービス、上手に利用

「母がデイサービスに行っている間、さみしがっていないかしら、家に帰りたと言っているのではないかしらと、いつも気になっていて気持ちが落ち着きません」

「初めてショートステイを利用した時、親せきから『老人ホームに預けるなんて、あなたはお世話する気があるの』と激しく非難されました。それ以来、どんなに疲れていてもショートステイを利用しませんでした」

介護保険などの介護サービスが充実しても、それを利用することへのためらい、気兼ね、遠慮といった「心理的ハードル」が高ければ、せっかくの制度も利用されない。

心理的ハードルの高さは、社会的な理解度だけでなく、個人の性格・経験・考え方、第三者によるアドバイスの有無によっても変化する。

川崎市でホームヘルプサービスが制度化されて間もないころ、ある介護者は「ヘルパーさんがくる日は朝早く起きて家の中を掃除しておくのでかえって大変です」と話した。

笑い話のようだが、私が実際に何例も経験したことである。当時は他人が家に入って来る場合、玄関か居間までであって、台所や寝室などに入り込むことに心理的な

抵抗感を感じたのだ。

20年後の今日、在宅介護サービスの中で訪問介護は最もよく利用されるサービスになった。介護保険制度になってから特に、訪問介護を積極的に利用し介護の負担を軽減して気持ちの余裕を得ようとする家族が多くなってきた。

親戚の目や世間体を気にし始めると心理的ハードルが一気に高まる。「他人は他人、自分は自分だ」「いずれ皆わたしと同じ経験をするのだ」などと割り切ると楽になる。

知識を豊かにすること、人々とのつながりをもつこと、過去にこだわらないで現在を認めることも心理的ハードルを下げるのに有効だ。一度サービスを使って楽になる経験をすることは、次の利用を後押ししてくれる。

同じ悩みをもつ家族の会に参加して気が楽になり、介護サービスを利用する気持ちになった人もいれば、ケアマネジャーから紹介された介護用品を使いながら介護の負担を軽くした人もいる。

そうした、さまざまな体験を通して、介護者は心理的ハードルを乗り越えながら、上手な介護を続けていくのである。

保健師や医師、サービスを提供するスタッフが勧めることによって、心理的ハードルを低くできる。サービスの量的・質的充実させることも大事だが、利用しやすい環境作りを配慮しなければ本当の援助にはならない。

第34回

知は力なり、よく知ろう 知識が介護負担を軽減

医療や介護の現場にいて感じるのは、必要な知識不足からもたらされる混乱が非常に多いことだ。

必要不可欠な知識が適切なタイミングで得られると、介護の混乱も介護負担も軽くなるのは間違いない。

予備知識も経験もなく介護にかかわり始めた人は、直面する症状に振り回されて右往左往するばかりで、地域包括支援センターや「認知症の人と家族の会」などに相談することも介護に関する本を読んで知識を得ることもできないのが普通だ。

「あなたが自分の娘だと分らなくなったのは、昔の世界に戻っているからなのですよ」

『『症状の出現強度の法則』があって、身近な人に強い症状を出すのが特徴です。身近な介護者を信頼しているから、安心して症状を出していると理解してください」

「感情が非常に鋭敏です。あなたがイライラしていると本人も落ち着かなくなります。演技だと思って、よい感情を残すような対応をしましょう。そのほうがあなたにとっても介護が楽になりますよ」

このような知識が得られるだけでも、介護者の気持ちが変わり介護の負担が軽くなる例は数多い。

最近では、介護用品に関する情報がパンフレットや雑誌、ケアマネジャーから容易に得られるようになった。しかし、「必要な時に、必要なものを」という観点からみると、必ずしも満足できる状態ではない。

老人性難聴が始まると家族は大声で話さなければ通じないもどかしさのため、心身ともに疲れ果てる。しかも、本人には周囲の人の話が分らないため、「ひそひそと話しているのは自分に対して何か企んでいるに違いない」という被害妄想につながることも少なくない。

補聴器を購入して使わせようとしても、必要性を感じない認知症の人にとっては、うるさく煩わしい物でしかない。使わないばかりか数十万円もの補聴器をなくしてしまうこともある。

そのようなとき、100円ショップで売っているメガホンや、「もしもしホン」という伸縮自在のプラスチック製チューブを紹介すると、普通の声で話せるので家族からの感謝は請け合いだ。

介護保険による介護サービスや訪問診療、訪問看護といった制度も、あらかじめ知っていると気持ち楽になる。

認知症相談や家族教室、家族の会のつどいなどにも何とか都合をつけて積極的に参加するのがよい。そこから得られるものは少なくないはずだ。「知は力なり」だからである。

第35回

上手な割り切りが大切 発想転換、気持ちに余裕

多くの認知症の人は、家族が一生懸命お世話しても、否、お世話すればするほど認知症の症状をひどく出すものだ。家族はまじめで熱心であるあまり、精神的にも身体的にも消耗しきってしまう。

こんなとき、誰かが別の見方、考え方を教えてあげて、家族が上手に割り切れるようになると、介護はずっと楽になる。

「冬でも裸に近い状態で一晩中動きまわっていて、何回着せてあげてもすぐ脱いでしまいます。夏は夏で、午後3時ごろになると雨戸を閉めてしまい、厚着をしています。汗をかいて暑そうなので着物を脱ぐように言っても聞き入れてくれません。風邪をひいたりするのが心配です」

「お風呂に入るのを嫌がって困ります。主人に手伝ってもらってやっと入れているのですが、毎日がまるで戦争です」

快適で文化的な生活を楽しんでいるわたしたちは、認知症の人に対しても自分たちと同じ基準や感じ方を当て嵌めようとしがちだ。

そのこと自体は「思いやり」という点では大変重要なことだ。しかし、さまざまな規制や拘束から抜け出た認知症の人にとっては、介護者の気持ちを理解できず、か

えって煩わしいこと、余計なこと、無理やり押し付けられること、と感じられることが多い。

そんなとき、次のような考え方をすると、混乱から早く抜け出すことができる。

「せいぜい数十年前までの日本、あるいは世界各地の現実をみれば、清潔な環境、豊富な衣食、安全快適な生活、毎日の入浴などは異例であって、現生人類の長い歴史からみれば”異常”とも言える。普通でないのはむしろわたしたちの方で、認知症の人は正常な行動をしているのだ。」

苛酷な環境で裸に近い状態で生活している人が、皆風邪をひくわけではない。テーブルや床の上に落とした物を食べただけで、おなかをこわすことはない。こんなふうに発想の転換をするのが大切だ。

発想の転換は一人では難しい。認知症相談や「認知症の人と家族の会」での話し合い、介護教室や本などで他人の経験を聞き、適切なアドバイスを受けることで容易になることが多い。

「割り切り上手は、介護上手」である。

介護者は上手に割り切って負担を軽くし、長続きのする介護を心がけるのがよい。介護者の気持ちに余裕が生まれ、認知症の人にとっても、良い結果をもたらすものだ。

第36回

過去にこだわらない 現在を認めることがコツ

「細かいところにもよく気配りができ、いつも身綺麗にしていたお母さんが、これほどだらしくなるとは！とても信じられません」

肉親に認知症が始まると、どの家族も現実を認めようとしない。これまでのイメージに固執して、元通りのしっかりした人になってもらおうと、教え込んだり、説明したり、しかったりする。

それで効果が得られるだろうか。分別ある、しっかりした肉親が戻ってくるだろうか。

多くの場合、答えは「ノー」である。

何度教えてもすぐ忘れてしまう「記銘力低下の特徴」、説明されたり否定されたりすればするほどこだわりを強めてしまう「こだわりの法則」、そのようなことをする人をくどい人、嫌な人ととらえてしまう「感情残像の法則」などの特徴から、認知症の症状がかえってひどくなる場合が多いのだ。

正常な言動と認知症の症状である異常な言動が混在するという「まだら症状の法則」にあるように、認知症の人はしっかりした言動をしばしばするし、一時的な混乱が落ち着くと、認知症が治ったと思えるような穏やかな状態にな

ることもよくある。

こんなとき、家族は「やはり認知症ではなかったのだ」「認知症が治った」と思いがちだ。

家族がそのように考えても悪いとは思わないが、残念ながら、元の状態に戻そうとする努力はマイナスの結果をもたらす場合が多い。

結局、現実を認め、それをそのまま受け入れるしかない。現実を受け入れたくない家族の気持ちはよく分かるが、過去にこだわりをもっている時こそ、介護が最も困難な時期である。

かつて社会的に活躍して地位の高かった人、趣味が豊かであった人、やさしく尊敬されていた人が認知症になると、現実とのギャップが大きく、家族の混乱が甚だしい場合が多い。

これまでこの連載で取り上げてきた認知症の特徴を十分理解して、本人の世界に合わせて対応することが大切だ。

「昔の母のイメージにこだわらないで、まだこれもできる、こんな良いところもあると『良いところ探し』をするようにしたら、気持ちが楽になりました。母の表情もとても良くなりました。介護者の集いでいろいろな方々の体験を聞かせてもらったことがよかったです」とある介護者は語った。

介護のコツの一つが「過去にこだわらないで現在を認めよう」である。

第37回

ペースは合わせるもの 気持ちの余裕が大切

「先生は、『認知症の人の言動にまず合わせなさい。焦ることはあなたの負けですよ。認知症の症状がひどくなって、介護の負担が増すだけです』とおっしゃいますが、実際に介護している身になりますと、そう合わせてばかりはいられません。しなければならないことが山ほどもあるのですから」

極めてもっともな言葉だと思う。仕事や家事をこなしながら、さらに介護をしている人に対して、「認知症の人のペースに合わせなさい」と要求するのは過酷かもしれない。

それでは、認知症の人の気持ちをうけとめて上手に介護している人はすべてを介護に費やしていて、自分のことや家庭のことをする余裕のない人であろうか。筆者の経験では必ずしもそうではない。むしろ、うまく自分の時間をつくっている人ではないかと思う。

「ペースを合わせる」場合、「時間をかけて食事をするのを待つ」「トイレに何度も出入りするのをそのままにしておく」「着替えに時間がかかる」「なだめ、すかしてお風呂に入れる」など、日常生活動作に時間がかかるのをせかさないうで待つことが必要になる。

介護者は「時間が長くかかる」

ことにがまんできないことよりも、「ゆっくりしたペース」に我慢できないことの方が多いようだ。

従って「早くしなさいよ」「先程注意したばかりでしょう」「いいかげんにしてちょうだい」「もう手を出さないで」というような、督促、注意、禁止などの言葉が出る。

そうすると「聞いたことはすぐ忘れるが、その時受けた感情が残る」という「感情残像の法則」によって、認知症の人はますます介護者のいうことを聞いてくれなくなるのである。

介護のコツである、「ペースは合わせるもの」をスムーズに行うことは、介護者に気持ちの余裕がなければできない。そのためには次のようなことが必要だ。

まず認知症の症状の特徴とその心理を知る。認知症の人の世界を知り、その世界に合わせた演技ができるようになる。介護保険サービスや介護用品についての知識を深め、介護に適切に生かす。いろいろな人との交流を通して、ほかの人の経験を自分の介護に生かす。

薬を適切に使うことで激しい症状が治まることもあるので、主治医に相談することもよい。

「認知症の人のペースに合わせる」ことが結局、介護にかかる精神的、身体的、物理的な負担を軽くすることにつながるものだ。

第38回

相手の立場で考えよう 「思いやり」の気持ちで

人と人との付き合いは、相手の立場や気持ちをどれくらい思いやれるかによって、うまくいくかわからないが決まってくるものだ。

相手の立場に立ってものを考えるためには、それなりの知識と経験が必要だ。知識と経験の深まりが人間性を高め、人柄を決めるといってよい。

どのように深い知識や経験をもっているか、相手のことをすべて知ることにはできない。自分の考え方の枠を押し付けずに、相対的な考え方、つまり寛容さが大切だ。

絶対に正しい人はいないし、みんなから非難されていようとも、その人なりの理由はあるものだ。

例えば「世の中の人はどうして認知症問題を理解しないのだろう。家族はこれほど苦しんでいるのに・・・」と思う気持ちは分かるが、むしろ「数年前には自分も全く関心を持っていなかった。以前と比べれば、社会的な関心は高まってきた。『認知症の人と家族の会』の活動を通して、もっと社会に訴えていこう」と考えたほうがよい。

認知症の人の介護にあたって、理解不足からくる二つの大きな混乱がある。一つは認知症の人と介護者の間の混乱、もう一つは、介

護者と周囲の人との間の混乱である。

認知症の人は知的機能の低下によって介護者の誠意や説明・説得を理解できないし、介護者もまた、この連載で取り上げてきた認知症の特徴を理解できないでいる。そのために介護では大きな混乱が生じている。

多くの場合、介護者と周囲の人たちは「認知症の症状はいつも世話する最も身近な人に対してひどく出て、時々会う人には軽く出る」という、「症状の出現強度に関する法則」を知らない。

そのため、周囲の人たちは自分たちが観察できる症状がその人の普段の状態であると思い込んでしまい、介護者の本当の苦勞が理解できないという問題が存在する。

こうした理解不足を解消するにはどうしたらよいだろうか。

まずは必要に応じて知識を得ようとする姿勢が大切だ。10数年前と比べたら信じられないくらい認知症に関する書物や記事、ラジオ・テレビの特集が増えているので、気持ちさえあれば正しい知識を得るのは容易だ。

しかし、もっと重要なことは、認知症の人を「二度童（わらし）」として、赤ちゃんと同じように理解し受け入れてあげられる社会全体の寛容な雰囲気づくりであろう。

「思いやり」の気持ちで、「お互いさまです」と言い合えるような人間関係を作りたいものだ。

第39回

原因は脳の病変、ストレス 早めの受診と対策を

今回から認知症の原因について考えてみたい。

認知症の原因には、脳そのものの病変による一次的要因と、脳以外の身体的、精神的ストレスによる二次的要因がある。

まず一次的要因には、脳萎縮性変化（アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など）、血管性変化（血管性認知症）、内分泌・代謝性・中毒性疾患（甲状腺機能低下症、アルコール性認知症など）、感染性疾患（クロイツフェルト・ヤコブ病、脳梅毒による進行麻痺）、手術による効果が期待できる正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった疾患がある。このように認知症を起こす原因はたくさんある。

早期診断・早期治療により症状が改善する場合があるので、できるだけ早く専門医に診てもらうことが必要だ。

二次的要因には、環境の変化や人間関係、不安、抑うつ、混乱、身体的苦痛などがある。

入院や転居といった環境の変化で認知症が出現することや、骨折や貧血など体の変化により認知症がひどくなることがよくある。配偶者の死や定年退職をきっかけに認知症が始まった例も少なくない。

二次的要因を見つけて適切な対策をとるのが実は最も重要で有効な方法である。

主な一次的要因について説明してみたい。

アルツハイマー病あるいはアルツハイマー型認知症では、脳の神経細胞の萎縮と「老人斑」と呼ばれる変化が見られるのが特徴だ。原因は不明だが、ベータアミロイドというタンパク質の老廃物が多量に蓄積し神経細胞や神経のネットワークが破壊されることが分かっている。

頭部 CT などの検査をすると、中年期以降に大脳、とくに記憶中枢のある側頭葉の海馬と呼ばれる部分の萎縮が認められる。

物忘れから始まって徐々に進行する。運動神経は侵されないので初期には体はよく動く。進行が緩やかになることはあっても、次第に大脳機能が喪失して寝たきりになっていく。

40 歳後半から 65 歳未満に発症した場合をアルツハイマー病、65 歳以降に発病した場合をアルツハイマー型認知症と呼ぶ。認知症の原因として最も多い。

初期の段階であれば記憶力を改善する塩酸ドネペジル（商品名アリセプト）などが使われるようになったが、脳の萎縮そのものを治すものではない。認知症が進行すれば、数年で薬の効果は期待できなくなる。

第40回

幻視伴う「レビー小体型」 反社会的行為をする型も

今回も認知症の原因を引き続き説明しよう。

手の震えなどパーキンソン病のような症状、見えないものが見えるように感じる幻視、認知症症状がある場合、「レビー小体型認知症」と診断されることが多い。

「レビー小体」とはパーキンソン病患者の神経細胞に現れる異常な物質のこと。それが認知機能にかかわる脳の神経細胞にみられるようになるのだ。

「犬がいるから餌をやる」「お客さんが来ているからお茶を出して」というように生々しい幻覚が最も目立つ特徴だ。家族が否定すると、むきになって反論してくる。

脳では記憶の中核のある側頭葉と、目から入る情報を処理する後頭葉が萎縮したり活動性が低下したりするのが特徴で、そのために幻視が起こる。

手の震えや小刻み歩行、手足の硬さ、仮面のような表情の少ない顔といったパーキンソン病症状のほか、便秘や失禁、立ちくらみなどの自律神経症状を伴うことがある。

パーキンソン症状に対しては、抗パーキンソン剤が有効な場合がある。幻視に対してトランキライザー（抗不安薬）などを使うとパ

ーキンソン症状を悪化させることがあるので注意が必要である。

前頭側頭型認知症は「ピック病」とも呼ばれる。高度な判断や注意を集中させる働きを担う前頭葉や、記憶中枢のある側頭葉を中心とした脳の萎縮が特徴的だ。

私たちは社会のルールに照らしながら、食欲、性欲など本能的な欲求行動をコントロールしている。前頭葉の働きが低下すると、人前で排便をする、陳列棚の食べ物をその場で封を開けて食べ始めるなど反社会的行為をするようになる。

落ち着かなくなり同じパターンの行為を際限なく繰り返す場合も多い。逆に、非活動的、無関心になり、興味が失われ、自発性が減退するときもある。記憶力は初期には比較的保たれている。

動きが活発で対応に手間がかかるためデイサービスなどで受け入れを拒否されることがあるのも問題である。

クロイツフェルト・ヤコブ病では、急速に記憶障害、人物・場所・時間が分らなくなる「見当識障害」が進行し、筋肉の震えや筋力低下などの障害を伴って1年以内に死亡することが多い。

原因は感染性たんぱく質である異常プリオンだと考えられている。プリオンとは細胞膜の構成成分で、異常プリオンは正常なプリオンの構造を変化させ、脳の神経細胞を破壊する。牛海綿状脳症も異常プリオンが原因だ。

第41回

一度は受けよう専門的診断 治る認知症もある

脳の血管が詰まったり破れたりして起こるのが血管性認知症である。

起こってしまった血管や神経細胞の変化を元に戻すことは難しい。進行を予防するために血管を拡張させたり血液が固まるのを押さえる薬が使われることがある。高血圧症や糖尿病、肥満、運動不足などは動脈硬化を進行させるので、それらの治療や予防は血管性認知症の予防になる。

甲状腺機能低下症によっても、認知症の症状が出る。

新陳代謝の中心的な働きをする甲状腺ホルモンが少なくなると、全身倦怠感、気力低下、物忘れ、体のむくみ（粘液水腫）などが出現する。診断がついて甲状腺ホルモン製剤を服用すると、症状が劇的に改善する。

転んで頭などを打った後、数日から数週間たって認知症症状や運動まひが現れた場合には、頭蓋骨と脳の間血液が徐々にたまる慢性硬膜下血腫や硬膜外血腫の疑いがある。高齢者の血管はもろいので、頭を打っていなくても出血する場合がある。頭部CTにより容易に診断できる。

治療は頭蓋骨に1～2カ所、穴を開け、ここから血の塊を吸い出すだ

けの簡単な手術で、開腹手術より負担は少ないので高齢者でも安全に行なうことができる。

豆腐のようにもろい脳は、頭蓋骨という容器の中で水に浮かんだ状態で強い衝撃から守られている。その水（脳脊髄液）が異常にたまって脳組織を圧迫するようになると、歩行障害などの運動麻痺、認知症症状、失禁などの症状が出てくる。

頭部CTで脳の中心部の脳室が拡大していれば正常圧水頭症が疑われる。この場合も負担の少ない手術により症状が劇的に改善することがある。

脳腫瘍も認知症の原因の一つだ。

74歳の女性が3週間前に急に妄想に襲われ、金銭管理が困難になったり、着替えを拒否したりといった症状が出たため、かかりつけの医師から、専門医に受診するよう勧められ、わたしの外来を受診したことがあった。

頭部CTを実施したところ、右前頭葉に腫瘍による広範囲の変化が認められた。脳外科にも相談して脳腫瘍と診断。県立がんセンターに紹介したが、病状が悪くなる可能性が高いと思われた。

それから5カ月後、夫の付き添いでその患者が来院して、あまりにも元気になっていたのでビックリした。最終的に悪性リンパ腫と診断されて、抗癌剤で治癒したのであった。

第42回

薬で進行を穏やかに ワクチン療法も開発中

認知症に対して使われている主な薬を取り上げてみたい。

塩酸ドネペジル（商品名アリセプト）は、アルツハイマー病の原因を治療するものではないが、病気の進行を緩やかにする効果が期待できる。

作用は、シナプスと呼ばれる脳の神経細胞同士のつながりを改善することであって、神経細胞を再生したり「老人班」と呼ばれる脳の異常な変化を消したりするものではない。従って脳の萎縮が進行すると効果はなくなる。

塩酸ドネペジルを服用してから、物忘れや判断力低下が改善して、家事などがスムーズにできるようになった例がある。効果が期待できるのは数ヶ月から1，2年と言われている。できるだけ早い時期から治療をはじめることが大切だ。

5 mg を1錠、朝食後に服用するのが基本だが、現在は10 mg まで増量できるようになった。

私の経験では副作用はあまりみられないが、ときに下痢・嘔吐などの胃腸症状が出ることがある。しかし興奮・不安・うつ状態などの精神症状がまれに出ることもあるので注意が必要だ。

認知症の介護が大変なのは、幻覚・妄想・興奮・暴力・徘徊など、

いわゆる「周辺症状」が出ている場合だ。認知症の人の世界を理解して、その世界に合わせて対応するのがよいのだが、現実的には介護者がこれらの症状に振り回されて疲労困ぱいする場合が多い。

激しい症状に対しては統合失調症などに使われる向精神薬が、また不安・緊張・不眠などに対して抗不安薬・睡眠薬が使われることがある。しかしパーキンソン症状や意欲低下、ふらつき、食欲低下といった副作用が見られることが少なくないので注意が必要だ。

幻覚・攻撃性・興奮などの激しい症状に対して、漢方薬の「抑肝散」が使われることがある。特に「レビー小体型認知症」の幻視に対して副作用が少なく、効果があるという報告がある。

それ以外に、脳の血流や脳神経細胞の活動性を高める目的で、脳循環・代謝改善薬が処方されることもある。

これから登場が予想される新薬としては、塩酸ドネペジルとほぼ同様の作用をもつ臭化水素酸ガラランタミン（内服薬）、リバスチグミン（貼り薬）がある。脳細胞を保護する塩酸メマンチン（内服薬）は治験中だ。

脳に蓄積し、アルツハイマー病の原因となるタンパク質の老廃物「ベータアミロイド」を取り除くワクチン療法も開発中で、将来期待されている。

第43回

工夫して、上手に服薬 要求する人にはサブリを

記憶力、判断力の低下している認知症の人の介護で苦勞することの一つが服薬だ。

「毒を盛られていると思っているのでしょうか。薬を飲もうとしません。説得しても聞き入れないばかりか、食べ物も拒否し始めました」

「睡眠薬を飲んだ後でも何度も要求してきます。毎晩1時間も続きます。かといって余分に飲ませることはできませんし…。夜の来るのが怖いです」

「先生に教えられたとおりに薬を粉にして食べ物に混ぜましたが、味がおかしいと感じたのか、吐き出して食べてくれませんでした」

認知症の人の中で服薬に関して深刻な問題を示す人はそれほど多いわけではないが一定の割合でいることは確かである。

認知症が進行すると必ず問題になるのは、薬を飲まなかったり余分に飲んだりする服薬管理の問題である。さまざまな工夫、家族や介護スタッフの介助が必要になってくる。

記憶障害のため、飲んだことを忘れて「飲んでいない」と要求することはしばしばだ。本人にとっては「飲んでいない」ことが事実なのだから、「飲んだから駄目よ」

は説得力を持たない。

足りなくなった薬を医師に追加処方してもらうことはできないし、多く飲めば副作用も出てくる。

「飲んでいない」というこだわりに対しては、市販の整腸剤の錠剤やサプリメント製剤を「先生が出してくれたよく効く薬よ」と言って、要求のたびに与えるのがよい方法である。これなら何錠服用しても問題はないし、要求に応じた方が早くこだわりがとれる。

自分である程度管理ができる認知症の人が服薬を確実にするための工夫を挙げてみる。

①複数の薬を一包化して一度に飲みやすいようにする②服薬ボックスを使う③カレンダーに張って見やすい位置に置く④テーブルの上に「薬は飲みましたか」と書いた紙を置く⑤家族がタイミングをみて電話する⑥服薬時刻をはずれてもよいので、ヘルパーの訪問時に服薬させる一などがある。

薬を飲まない人に対する工夫としては次のようなものがある。

①飲みやすい剤型にする②どうしても必要な薬に絞る③勧め方を工夫する④食べ物に混ぜる⑤味を考える⑥注射や貼付薬に変える一などがある。

散剤や単純な錠剤では苦い薬も、糖衣錠やカプセルになっていれば、苦味を感じなくなる。シロップや砂糖をまぜれば飲みやすくなる場合もある。

第44回

苦痛の訴え少ない終末期 在宅ケアには支えが必要

「おばあちゃんは、苦しまないで静かに逝くことができました。私がおむつを替えた後、振り返ったら呼吸が止まっていました」

看取ったばかりの姑の死を嘆くというより、むしろ無事穏やかに看取れたという満足感を感じさせられる表情で、介護者である嫁は、真夜中に死亡確認のため臨時往診をした私に対し感謝の言葉を述べた。

理解しがたい言動に振り回され、24時間見守りの必要な認知症の人の介護は、介護家族にとって大きな負担がかかる。しかし認知症の人の終末期は、苦痛の訴えが極めて少ないのが特徴だ、たとえばがんがあってもモルヒネなどの麻薬を使う例はほとんどないと言ってよい。

大井玄・東京大学名誉教授が都立松沢病院外科病棟の進行がん患者についてカルテを調査した研究がある。それによると、認知症のない23名のうち、痛みを訴えたのは21人(91%)で、13人(57%)に麻薬を使った。麻薬を使った人はいなかった。

認知症は、終末期の苦痛や不安を、ベールをかぶせるように軽くする仕組みではないかと思いたくなる。

認知症の人は発病すると、さまざまな精神症状が多出する時期を経て、身体症状を合併する時期になり、最後に終末期に至る。

終末期に近づくにつれて医療的ケアが家族にとって深刻な問題となる。入院治療をするのか、在宅でどこまでみていけるかを考えなくてはなくなる。

在宅でみていく場合には、訪問診療や訪問看護による支えがあるかないかで在宅ケアの可否が決まるといえよう。主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、親族などが適時連絡を取り合うことが重要だ。

終末期では寝たきりとなり、食べ物も取れなくなっても衰弱が進行する。呼吸器感染症にかかりやすくなり、せきが出たり、たんが絡みやすくなったりする。褥瘡もできやすくなる。突然の状態の変化が介護者にとって心配になるようになる。

在宅の認知症の人は、肺炎や心不全、腎不全といった合併症が原因で死を迎えることも少なくない。その場合には、それらの疾患の治療と終末期ケアが問題となる。

「認知症の人のケアはドラマである」と私は考えている。ドラマの幕引きにあたるターミナルケアに対する関心は非常に高い。

第45回

遺伝で発症、ごく一部 心配するより人生楽しく

「母や叔父、叔母が認知症です。性格が似ているので私も認知症になるのではないかと心配です」「夫は53歳で発症したアルツハイマー病です。息子に結婚の話があるのですが、遺伝するのではないかと先方が心配しているようです」

最近、介護者の集いや介護相談で認知症の遺伝に関する話題が多くなってきた。

現代医学では疾患の遺伝子レベルでの解明が重要な課題となっている。アルツハイマー病についても同様だ。アルツハイマー病の本態である「ベータアミロイド」の蓄積にかかわる遺伝子の研究が進んでいる。難しい話になるが、今回はアルツハイマー病の遺伝について考えたい。

神経細胞にあるタンパク質の一部が切り出された「ベータアミロイド」という塊を作る。ベータアミロイドが細胞外にたくさんたまると老人斑となり神経組織を傷つけて病気を引き起こすのだ。

現在認知症に関連する遺伝子は3群に分けられている。「ベータタンパク前駆体遺伝子の変異」「ベータタンパク代謝に関わるプレセニリン遺伝子の変異」「ApoE 遺伝子多型」で、これらの変異によりベータアミロイド沈着を起こし、発

症させることが知られている。

だが、ある遺伝子の異常があれば必ず認知症になるのではない。いろいろな要因が複雑に絡み合っ

て起こってくるものである。若年発症のアルツハイマー病の中で遺伝が疑われる家族性アルツハイマー病は1割に過ぎない。しかもそのうち遺伝子変異が明らかになったものは半分程度といわれている。従って、相談者に対して私は「遺伝性は深刻に考えなくてもよいでしょう」と答えている。

加齢の影響の大きいアルツハイマー型認知症については、遺伝的な要素は少ないと考えてよい。ただ高齢になればなるほど認知症の発症率が高くなるので、長寿の家系ほど認知症になる人の割合は当然、多くなる。

「先のことを心配するより、長い人生を生き甲斐を持って楽しく過ごすためにはどうしたらよいかを考えた方がよいでしょう」と話すことにしている。

遺伝病の中には、遺伝子検査が行われている疾患もある。アルツハイマー病も研究対象として遺伝子の解析が行われている。しかし、認知症の人の家族が認知症になる可能性がどれくらいかを調べる遺伝子診断は当分の間有効ではないだろう。

第46回

励ましあい、助け合い 広くつながる「家族の会」

「社団法人認知症の人と家族の会」は1980年1月京都で結成された。認知症の人の介護に苦闘していた家族が、互いに励ましあい助けあうこと、社会に訴えることを目的として初めて全国的なつながりをもった。

それまで談窓口もなく、孤立無援の中で介護を続けてきた人たちが集まり、気兼ねなく話し合う機会が生まれたのだ。

京都で生まれた家族の会は、燎原の火のごとく、全国の都道府県に拡大し、次々とその支部が結成されていった。現在、44都道府県に支部があり、10,900名の会員を擁する組織に成長した。

本年1月には結成30年を迎え、「ともに励まし合い助けあって、人として実りある人生を送るとともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を希求する」という理念を高く掲げた。

家族の会が一筋の道を歩み続けられたことについて、高見国生代表は「活動が一貫してぶれなかったことです。活動の基準を、常に認知症の人と家族の幸せにおいてきたことです」と語る。

家族の会の役割は会員の相互理解、相互扶助の役割だけではない。82年以来、毎年のように「認知症

の人とその家族への援助と福祉の向上を求める要望書」を厚生労働相あてに提出してきた。

2007年には「提言・私たちが期待する介護保険」を発表し、多方面からの賛同を得た。

08年度の活動を数字で示してみよう。総会員数10,856名(賛助会員を含む)、世話人数835名、支部会報の発行部数は31,036部、「家族のつどい」開催数1,781回、「つどい」の総参加者26,204名、相談件数は延べ8,936件、行政への要望46件。

非常に多彩で広範な活動を全国各地で実施しており、こうした活動がなければ、認知症に対する理解と支援の輪が今日のような広がりを持つことは難しかったであろう。

家族の会は1992年9月、国際アルツハイマー病協会に日本唯一の組織として加盟した。04年には同協会の国際会議を京都市で開催し、国内国外から約4千名の参加を得た。

さらに、毎年9月21日を中心に「世界アルツハイマーデー」の統一行動を全国各地で展開している。こんなふうに国際的なつながりも持っているのが「認知症の人と家族の会」である。

家族の会のさまざまな活動や認知症に関する詳しい情報は、ホームページに載っている。関心があればアクセスして欲しい。

第47回

急拡大したグループホーム ケアに有効な生活を提供

「ここのお年寄りは精神病院や老人ホーム、老健施設などにいたとき『問題老人』と呼ばれていた人たちばかりです。夜間騒いだり徘徊したりして、時にはベッドに縛り付けられたりしていました。ここに来て使い慣れた家具に囲まれ、規制のない生活を送るだけで本当に落ち着いて、普通のお年寄りになりました」

そう話すのは、北海道函館市にある「シルバービレッジ函館あいの里」総合施設長、林崎光弘さん。十数年前、私が初めてグループホームを見学した時聞いた話である。

「食事の支度や、畑の野菜づくり、ポニーの世話など、それぞれのお年寄りの能力や経験に応じたことをやらせてもらって生き生きとします。人の役に立っていると感じることは誰でもうれしいものですから」

入院しているときと比べて、自宅に帰った途端に食欲が出て、見違えるほど元気になった在宅患者をたくさん診ている私には、林崎さんの言葉が誇張されているとは思わない。

認知症高齢者グループホームは利用者の数が5～9名程度の小規模な生活の場で、専門スタッフとともに家庭的で落ちついた雰囲気の

中で生活を送ることにより、認知症の進行を遅らせ、その人らしい生き方を可能とするサービスである。「ゆったり、一緒に、楽しく、ゆたかに」が基本理念だ。

2000年3月末で266施設であったグループホームは、介護保険によって「認知症対応型共同生活介護事業」として認められ、最近では約1万カ所まで増加した。介護保険のサービスで最も拡大したサービスのひとつだ。

小規模のため設置しやすいこと、介護保険で認められて経営的に安定したことなどが急速な拡大の理由としてあげられるが、最大の理由は認知症の人の介護に関してグループホームにおけるケアが最も有効であると考えられたことであろう。

グループホームが抱える問題としては、ケアの質の向上・維持と、利用者の重度化、ターミナルケアへの対応がある。

自己評価、外部評価などによって自発的にケアの質の向上・維持をはかる仕組みが、グループホームでも早くから義務化されたことは重要だ。

入居時体力のあった人でも徐々に動けなくなると重度化し、いずれ末期を迎える。その状態で他の施設や病院に移ると混乱がおこる。医療との連携や医療的ケアなどさまざまな問題があるが、「みとり」に取り組み始めたホームが出ていることは心強いかぎりだ。

第48回

なじみのスタッフで安心 小規模多機能型居宅介護

認知症は環境の変化に大きな影響を受けやすいのが特徴だ。認知症の人が慣れ親しんだ地域で生活を続けられるためには、生活の場とケアの場とが密着して、きめ細かなケアが行われるような仕組みが必要だ。

デイサービス、ショートステイ、訪問介護、訪問入浴サービスなどを利用する場合、それぞれのサービスを提供する事業者が異なっているため、利用するごとにスタッフや環境が変わって認知症の人が戸惑い、混乱することは十分考えられる。

そこで登場したのが「小規模多機能型居宅介護」。2006年4月の介護保険の見直しで新設された。小規模な施設等で、主として認知症や中重度の人を対象として、自宅と施設間のケアの連続性を重視した「通い」「泊まり」「訪問介護」「入浴サービス」等のサービスを一体的に提供する。

ほかの介護サービスと違って、利用したサービスの種類や量にかかわらず要介護度に応じた介護報酬が設定されているのが大きな特徴だ。

利用者は事業所に登録することによって、利用者の状態や希望に応じて「通い」を中心に種々のサービスを利用することができる。

1 事業所の利用者登録数は25

人程度で、1日当たりの「通い」の利用者は15人以下、「泊まり」の利用者は5～9人が上限となっている

「家の近くにあって気軽に立ち寄れる場だと思います。馴染みのスタッフが家に来てくれて訪問介護もしてくれます。泊まりも本人の気持ちや家族の都合に合わせ、弾力的に対応してもらえますから本当に助かっています」とは、ある介護家族の感想である。

一般のショートステイはしばしば馴染みのない施設で行われていて認知症の人が混乱することにもなるのだが、普段から通いなれている所に一晩泊まるという形であれば環境の変化による混乱を回避することができる。

一人暮らしの認知症の人の中には、訪問介護が必要になっても「自分はできるから」と言って、外部の人との関わりを拒絶することがある。

そのような場合でも「通い」などで馴染みのスタッフが訪問介護に関わるなら、受け入れは比較的容易になると期待できる。

小規模多機能型居宅介護による訪問介護は本人にとっても家族にとっても、安心して在宅介護を継続するための有力なサービスとなり得るだろう。地域密着型サービスの一つとして全国津々浦々に普及してほしいものである。

第49回

認知症知り地域で支える サポーターは150万人

1,469,595人。この数字は2009年12月31日時点での「認知症サポーター」の数である。

05年度より「認知症サポーター100万人キャラバン」が始まった。5年間の期間が終わる前にもかわらず、目標の約1.5倍のサポーターが養成されたことになる。

地域、職場、学校、老人クラブなど様々な所で開催される「認知症サポーター養成講座」を受講し、認知症を理解して認知症の人や家族を温かく見守る応援者が「認知症サポーター」だ。

周りの人たちにその知識を伝える。自分の職場や地域で、できる範囲で手助けをする。認知症の人や家族に対して声かけをする。そんなふうに自分のできる範囲でできる活動をすればよい。

認知症は医療や介護だけでは対応できない問題を含んでいる。多くの人が認知症について理解すると同時に、その地域に住む認知症の人を支えていくことが重要性だ。

昨年7月24日、神奈川県庁で、わたしが講師となって県幹部職員約300名に対する「認知症サポーター養成講座」が開かれた。すべての幹部職員全員が認知症を理解し、市民の視点で行政に取り組も

うと知事が発案されたとのこと。注目すべき動きである。

厚生労働省と認知症にかかわる諸団体は、2005年度から10年計画の「認知症を知り、地域をつくるキャンペーン」を始め、全国に展開している。

この「キャンペーン」には「認知症サポーター100万人キャラバン」のほか、「認知症の人本人ネットワークの支援」「認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進」「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」の4つの事業がある。

「本人ネットワーク」は認知症の人本人同士の交流をはかり、それを支える動きである。

最近ではシンポジウムやインターネットのブログなどで認知症の人自身が発言する機会が増えている。雑誌の特集や書物でも本人の思いが語られるようになった。

この動きを促進し、社会にアピールをすること、本人支援のサポーターを養成するための講座を開設することによって、「介護される側」という認知症の人に対する見方を変えるためにも重要な活動だ。

「町づくりキャンペーン」は認知症の人を地域で支える先進的な活動を顕彰する事業だ。地域に根ざした活動が展開されていることが分かる。

第50回

一人で悩まず、まず相談 整備進むコールセンター

「認知症の人と家族の会」が発足した 1980 年当時、認知症について相談が受けられる場合は、保健所や老人福祉センターなど全国どこにもなかった。

認知症の介護に当面して混乱し、悩んでいる家族にとって、まず必要とされるのが、気軽に悩みを聞いてもらい、アドバイスが得られる相談の場であろう。

家族の会のすべての支部は、介護家族が気軽に話し合える場である「つどい」と、電話相談、そして会報発行を重要な支部活動の柱として位置づけてきた。

特に電話相談は、いつでもどこにいても話ができるというアクセスの良さのため、介護者にとって重要なものであった。

しかし、当時は世話人の自宅で相談電話を受けていたので、自宅の電話が昼夜問わず鳴りっぱなし、ということもあった。

「数年前の新聞の切り抜きを見ながら、家族の会に思い切って電話をしましたら、優しく親身になって相談に答えていただきました。肩の荷が半分くらい軽くなった思いがしました」とは、ある介護者の体験である。

2008 年 7 月、厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高める緊

急プロジェクト報告」を発表した。その中で、専門家、経験者等によるコールセンターを都道府県や指定都市ごとに 1 ケ所設置する方針を打ち出し、全国的な規模で電話相談の体制が整えられることになった。

電話相談に関して実績のある家族の会の支部が行政から委託を受けて運営している例も少なくない。わたしが代表になっている神奈川県支部も、県からの委託をうけて週 3 日間、コールセンターを開設し、さまざまな相談を受け付けている。

最近では医療や介護などの専門的な情報を求められる場合もある。その場合は相談員の力量に応じて対応し、用意されている資料を参考にしながら専門機関を紹介することになる。

相談員も自分の体験だけでなく、幅広い知識を持つ必要があり、相談員に対する研修が重要だ。

2009 年 3 月、家族の会により「認知症コールセンターマニュアル」が作成され、相談員の質の向上と均質化に役立っている。

相談に応じている機関は家族の会だけではない。地域包括支援センター、地域の保健福祉センターに加え、看護協会・介護支援専門員協会・司法書士会といった専門職の団体も相談窓口を設けている。

とにかく「一人で悩まず、抱え込まずに、まず相談」である。

第51回

認知症とわたしの29年 家族の気持ちを受け止めて

この連載も今回を含めて余すところ2回となった。今回はわたし自身の認知症とのかかわりを取り上げることをお許しいただきたい。

認知症にかかわったきっかけは、1981年初め、地域医療に関して交流のあった京都・堀川病院の早川一光先生から「家族の会の神奈川県支部を結成したいので手伝ってほしい」という電話をもらったことである。

わたしは学生時代から「サリドマイド」「スモン」といった薬害問題や水俣病などの公害問題に市民運動として取り組んだ経験を持っていたので、支部発足の手伝いを気軽に引き受けた。

会場を手配し、早川先生を迎え、第1回目の「つどい」が開催されたのは1981年4月29日であった。

当時、わたしは認知症の人をあまり多く診察していなかったし、認知症の症状や出現率などの基本的なデータすら知らなかった。しかし、在宅ケアを懸命に行っている家族を支えることに医療は一定の役割を果たすことができると考えていた。

それでも初めは、「つどい」に毎回出て医療的なアドバイスをすればよいのではないかと考える程度であった。

ところが病院の診察室では経験することのできない、家族の思いや率直な希望、医療に対する不満を直接聞くことができて、認知症に対する自分自身の認識の甘さを思い知らされた。

認知症パンフレットの作成、「ぼけ相談室」の開設、介護教室の講演などに積極的に取り組むようにした。

専門家としての立場から認知症をめぐる普遍的な問題を抽出して、「認知症をよく理解するための9大法則・1原則」「家族のたどる心理的ステップ」「上手な介護の十二ヶ条」などの形にまとめて、認知症の問題をだれにでも分かるように努めてきた。

90年代半ばからは、認知症グループホームの調査研究や、その質の向上を目指すための外部評価制度の確立にもかかわった。

家族の会全国本部では94年に理事、2005年には副代表理事となり、同会神奈川県支部では2000年に代表となって運営に携わることになった。

29年前、認知症問題にこれ程までにかかわりを持つとは想像もできなかった。切実なニーズに基づいた当事者の気持ちを理解しはじめに取り組めば、10年後、20年後には皆が理解してくれるようになると自信を持って言えるようになった。家族の会にかかわったお陰だと感謝している。

第52回

「20XX年」の認知症

医療進歩、介護は地域密着

超高齢化が進行して、認知症の人が約500万人になった20XX年の日本。タイムマシンに乗って見聞してきた、未来の認知症の医療とケアについて報告する。

徘徊に対して衛星利用測位システム（GPS）内蔵の携帯電話が登場し、本人の居場所が分かることで家族の不安は軽くなった。しかし、携帯電話では電池切れ、紛失などの心配があった。

体や空気の熱を電気エネルギーに転換技術や省エネ技術が発達し、充電の必要がなく安価なフィルム状の「ICタグ」が開発された。衣服やかばん、靴などに張り付け、本人の居場所が確実に把握できるようになった。

皮下に埋め込む「マイクロカプセルIC」も開発されているが、人権問題もあって使用は一部にとどまっている。

認知症の人は昔の時代に戻り、その世界を現実のものにとらえる特徴がある。脳波磁気解析技術、バーチャル映像技術、三次元ホログラム技術などが結びついて、認知症の人が思っている世界や人物が、周りの人にも分かるようになり、混乱が軽くなった。

興奮して大声を出されると、家族や隣家のストレスは甚だしい。

そこで大声を別の音波で打ち消す「音中和装置」が開発された。室内や本人の体につけておくだけで、大声が数分の一になり、家族らのストレスが軽くなった。

どの時代も医学・医療に対する期待は大きい。認知症に関する多数の遺伝子が発見され、構造も解明されてきた。遺伝子診断によって認知症になる確率がある程度算出できるようになった。

しかし、認知機能のメカニズムはあまりにも複雑なため研究の緒についたばかりである。

認知症は生命の宿命である老化の仕組みと複雑に絡み合っていることが明らかになって、治療の難しさが思い知らされている。それでも病気の進行を抑える治療薬は、数種類が使われている。

記憶を司る海馬などでは、神経細胞が新生されていることが1998年以降分かっていた。神経細胞の増殖と維持を促す神経成長因子の解明と、それを認知症治療に応用する研究が進みつつある。

認知症のケアでは個別対応しやすい地域密着型サービスが普及している。

住宅のセキュリティシステムは地域の交流を閉ざし、認知症の人の自宅への出入りを妨げる要因となる。そのため出入りしやすいようにシステムを撤去する動きが始まった。

（終わり）

杉山 孝博（すぎやま たかひろ）

川崎幸（さいわい）クリニック院長。1947 年愛知県生まれ。東京大学医学部付属病院で内科研修後、患者・家族とともにつくる地域医療に取り組もうと考えて、1975 年川崎幸病院に内科医として勤務。以来、内科の診療と在宅医療に取り組んできた。1987 年より川崎幸病院副院長に就任。1998 年 9 月川崎幸病院の外来部門を独立させて川崎幸クリニックが設立され院長に就任し、現在に至る。現在、訪問対象の患者は、約 140 名。

1981 年から、公益社団法人認知症の人と家族の会（旧呆け老人をかかえる家族の会）の活動に参加。全国本部の副代表理事、神奈川県支部代表。公益社団法人日本認知症グループホーム協会顧問。公益財団法人さわやか福祉財団（堀田力理事長）評議員。

著書は、「認知症・アルツハイマー病 早期発見と介護のポイント」（PHP 研究所）、「介護職・家族のためのターミナルケア入門」（雲母書房）、「杉山孝博 Dr の『認知症の理解と援助』」（クリエイツかもがわ）、「家族が認知症になったら読む本」（二見書房）、杉山孝博編「認知症・アルツハイマー病 介護・ケアに役立つ実例集」（主婦の友社）、「21 世紀の在宅ケア」（光芒社）、「痴呆性老人の地域ケア」（医学書院、編著）など多数。

社会医療法人財団石心会 川崎幸クリニック

〒212-0016 川崎市幸区南幸町 1-27-1

TEL 044-544-1020 Fax 044-544-4700

杉山 E-mail XMB03106@nifty.ne.jp

公益社団法人認知症の人と家族の会（代表 高見 国生）

〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下ル京都社会福祉会館内

TEL 075-811-8195 FAX 075-811-8188

ホームページ www.alzheimer.or.jp

公益社団法人認知症の人と家族の会神奈川県支部（代表 杉山孝博）

〒212-0016 川崎市幸区南幸町 1-31 グレース川崎 203 号

TEL & FAX 044-522-6801 毎週月曜日、水曜日 10時から16時

かながわ認知症コールセンター（県より神奈川県支部が運営受託）

電話相談 044-543-6078 毎週月、水曜日 10時から20時、土曜日 10時から16時

よこはま認知症コールセンター（横浜市より神奈川県支部が運営受託）

電話相談 045-662-7833 毎週火、木、金曜日 10時から16時

