

第 23 回 H A B 研究機構市民公開シンポジウム  
**認知症に「ならない」、「なったかも」、「なっても」  
- 自分ごととしての認知症 500 万人時代 -**

日時：2013 年 10 月 19 日（土）13:30～17:00

会場：慶應義塾大学薬学部芝共立キャンパス 記念講堂

座長：笠原 忠（慶應義塾大学薬学部教授）

深尾 立（千葉労災病院名誉院長・HAB 研究機構理事長）

開会の挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

深尾 立

（千葉労災病院名誉院長・HAB 研究機構理事長）

わが国における認知症の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

朝田 隆 先生

（筑波大学医学医療系臨床医学域）

アルツハイマー病の治療薬：現状と展望・・・・・・・・・・・・ 43

田平 武 先生

（順天堂大学大学院医学研究科）

認知症の薬物療法とケアの協働

- 生活のしづらさの改善を目指して - ・・・・・・・・・・・・ 81

諏訪 さゆり 先生

（千葉大学大学院看護学研究科）

総合討論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 115

閉会の挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 123

笠原 忠

（慶應義塾大学薬学部教授）

あとがき・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 125

岡 希太郎

（東京薬科大学名誉教授）

## 叢書の目的

HAB 研究機構では身近な病気を主題に取り上げ、実際に治療や予防に当たっている医師や薬剤師、そして製薬企業で治療薬の開発を行っている研究者からご講演を頂く「市民公開シンポジウム」を開催しております。市民公開シンポジウムと本叢書を通じて、医療や医薬品開発研究の現状をご理解頂ければ幸いです。

そして、今日までにさまざまな薬が創り出されてきましたが、癌や糖尿病、認知症など、特効薬の創製が待たれる難病も数多くあります。従来の医薬品の開発方法では特効薬が作れなかった病気が、難病として残ったとも言えます。新しい医薬品の創製に、ヒトの組織や細胞がいかに貴重であり不可欠であるかをご理解して頂きまして、市民レベルで協力していくことの必要性を考えて頂ければ幸いです。

sample



## わが国における認知症の現状

朝田 隆 先生

(筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 教授  
同大学附属病院緩和医療センター長  
認知症疾患医療センター長)

### 略歴

- 1982年3月 東京医科歯科大学医学部卒業
  - 1982年11月 石川県芦城病院勤務（救急医療など）
  - 1983年6月 東京医科歯科大学神経科精神科勤務
  - 1983年10月 甲府市立病院神経内科勤務
  - 1984年10月 山梨医科大学精神神経医学講座
  - 1986年4月 同科助手
  - 1988年6月 イギリスオックスフォード大学老年科留学  
(Green College visiting Membership)
  - 1989年4月 帰国し、山梨医科大学精神神経科勤務
  - 1993年6月 山梨医科大学精神神経科講師
  - 1995年9月 国立精神神経センター武蔵病院精神科勤務（医長）
  - 2000年1月 国立精神神経センター武蔵病院リハビリテーション部長
  - 2001年5月 筑波大学精神医学教授
- 現在に至る

### 専門分野

アルツハイマー病の臨床一般、研究面では認知症の早期診断法・予防

### 学会活動・社会的活動

精神科講座担当者会議会長（平成21－24年度）、国立精神神経医療研究センター特任総長補佐、日本老年精神医学会副理事長、日本認知症学会理事、日本神経精神医学会理事、日本認知神経科学会理事、生物学的精神医学会理事、日本老年医学会指導医

司会者：最初の演者は朝田隆先生でございます。朝田先生は、筑波大学医学医療系臨床医学域の、精神医学の教授でいらっしゃいます。また、筑波大学附属病院の緩和医療センター長、認知症疾患医療センター長をされています。

先生のご略歴を簡単に申し上げます。1982年に東京医科歯科大学をご卒業になりまして、その後イギリスのオックスフォード大学に留学され、山梨医科大学の精神科の講師等を経まして、2001年から筑波大学の精神医学教授をされています。ご専門分野は、アルツハイマー病の臨床一般、認知症の早期診断法・予防ということで、認知症に関しては日本の第一人者でございます。精神科講座担当者会議会長、あるいは国立精神神経医療研究センター特任総長補佐や、いろんな学会の理事、副理事長などを務められていまして、本日のトップバッターとして一番最適な先生でございます。先生どうぞよろしくお願ひいたします。

平成25年10月19日(土)  
慶応義塾大学薬学部芝共立キャンパス

## わが国における認知症の現状

筑波大学医学医療系臨床医学域  
精神医学 朝田 隆

どうも皆さんこんにちは。ただいまご紹介にあずかりました朝田でございます。先生、過分なご紹介をいただきましてありがとうございます。

本日は3名が、それぞれの立場から認知症についてお話するわけですけれ

ども、私はトップバッターということで認知症の患者さんの数がどれぐらいいらっしゃるか、今どういう薬があってどういう新しいものが開発されているのか、さらには認知症の予防ということが今後は一番大切な課題になってくるわけですが、予防についてどういう活動が行われていて、これからさらにもどのような展開があるかということについてお話をしていきたいと思えます。よろしくお願ひします。

### <認知症高齢者 462 万人（朝日新聞）>



まず、これは今年の6月の新聞ですが、わが国では去年のいまごろの時点で65歳以上の方が3100万人いらっしゃいました。その時点で認知症の方が462万人。ここにあります方々の15%ぐらいです。また、その予備軍とい

いますか、少し記憶障害が出てきていてこのまま進むと4、5年で認知症になる可能性も低くないという方が400万人といえますから、合わせて862万人。28%ぐらい、4人に1人以上ということになります。それだけに、ほかの病気というのはたいていが人ごとですけれども、認知症の問題に関しては、65歳、75歳、85歳と年齢を重ねるとともに、自分ごととして考えなくてはいけない。そういう意味で、まさに今日の会の副題には「自分ごととして」というタイトルがついていたと思えますけれども、そのような状況になるということです。

## <対象と方法>



ここに462万人が出てきたのは何も机上の空論ではなく、このように全国10カ所の市や町で一人一人面接をして、全員ではありませんけれど、無作為に選んだ方々を対象として診察したりMRI検査をしたりする中で、実際のどの

くらいの方が認知症なんだろうかということ算出したんですね。その結果から、日本国全体だとこれくらいの数になるのではないかということ出されたものです。

## <地域での3段階診察>



ここにございますように、向かって左側から最初のステップ、2回目のステップ、3回目のステップとなっているんですが、この調査をする1カ月前にトレーニングされた調査士が1軒ずつ家を回ります。

「こんにちは、朝田といいます、よろしくお願ひします」「山田さん、あなたは1カ月後に認知症の検査をすることになっていますよ、そのときにま

たうかがいますね」とか聞いて、要するに私の名前を言ったり、どんなことで認知症を確かめるということ覚えてもらおうんですね。その一方で日常生活、例えばご飯を食べるとか、トイレを使うとか、そういうことがどれぐらいできているかを実際の目で観察します。

記憶障害が認知症で一番基本となる症状なんですけれども、そうした記憶も実はさまざまな記憶があります。例えば電話番号を教えて、まず、357の1247。これを聞いたら、357の1247みたいに覚える。これは、作業記憶、作動記憶になります。いますぐ覚えます。それから、明日の1時半から慶應義塾大学の薬学部でこういう講演会があることを昨日覚えていて、「よし明日の、じゃあ10時を過ぎたら出るか」というふうに覚えている、要するに将来を展望するような記憶もあります。

それに対して、アルツハイマー病で一番駄目になるのはいま聞いたことが覚えられないということです。その中でも特にエピソード、例えば「先週の日曜日に孫の運動会があって、どここのホテルで日本料理を食べた」みたいなこと、その辺がごそっと抜けていくようになる、あるエピソードそのものが抜けていくようになるのが、アルツハイマー病の特徴です。

そこで個々の家を回って生活実態を見るということは、本当にできている、できていないを目で調べるところをまず目標にしています。それとともに、このあいだ変なやつが訪ねてきた、記憶の確保のテストで、確か朝田と名乗っていたな、50代ぐらいの男だった、みたいなことを覚えていてほしい。そうしたエピソードの記憶を中心にして記憶のテストを始めていって、一連の認知機能といいます、知能テストをやっていくというのがステップ2、第2段階です。

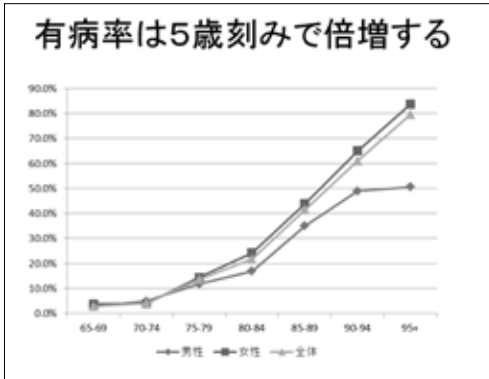


今回の調査は、ある意味で世界的にもかなりレベルが高いと思います。どうしてかというと、従来、こういう調査は検査会場に来られない人は調査のしようがなかったんです。

例えば、参加率50%だったとします。50%の人は来られなかったとしますと、来られた50%の中に1割認知症の人がいたから、来なかった50%の中にも1割いるだろうと仮定していたんです。ただの仮定ですから、何の根拠もないです。ですから実際にはかなり問題もありました。

というのは、皆さんを試されるようなテストの範囲が出ているというのは、やはり普通にいくと全部こういうふうになってきます。「私は記憶力悪くない、大丈夫だから。というか、きっと優秀な成績だろう、答えられるだろう」と思うような人でないと会場に来られないわけです。もう既に認知症になっているとか、かなり認知症に近い状態だとか、「とてもじゃないけれどそんなところ行けないわ」という人は、記憶力なんかも弱っていることが多い。それだけに、来られない人、怖がっている人のほうに何かの問題があることが多いわけです。それを以前は分からないから、しようがないと捨て置いたわけです。けれども今のわが国には介護保険という制度がございますので、その介護保険を利用したのです。テストできなかつた方々に関しては、私自身が1軒ずつ回るとか、あるいは、デイサービスを受けていらっしやるときに訪問する。さらには血液検査をやっていただいて、神経医学的な検査もやったりしながら丁寧に診て調べる。その上で認知症が疑われる方に関しては、最終的に移動式のMRIの車を使って、脳の画像を撮ることによって診断していくということです。

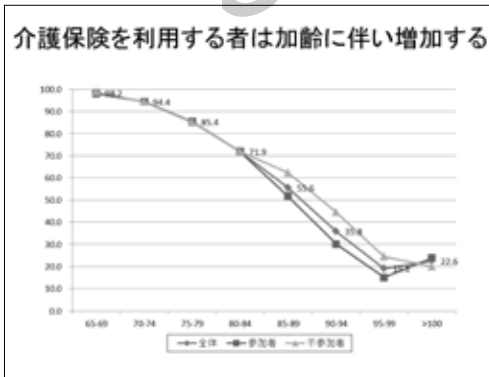
## ＜有病率は5歳刻みで倍増する＞



さて、肝心な462万人ですけれども、数はいいとして大事なことは、認知症になる危険性というのは65歳以降、5歳年齢が上がるとともに、ほぼ倍、倍となってきます。その結果65歳から69歳の間で1～2%だったものが、この

ように85歳を超えると40%あまり。5人に2人ぐらいが認知症というふうに倍、倍と上がってくるということが昔から言われていたんですが、日本全国的に見てもあらためて確かめられたというわけです。

## ＜介護保険を利用する者は加齢に伴い増加する＞

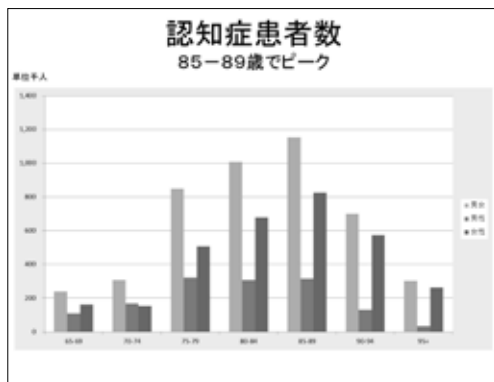


それとともに、これは介護保険を利用する人の数ですが、65歳から69歳では利用していない人が98%。ですから、この辺の年齢ですと、1.8%の方だけが介護保険を利用しているんですが、年とともにどんどん利用する人が増

えて、95歳、99歳になると、20%の方だけが利用していない。80%は介護保険のデイサービスを受けるとか、なにがしかの介

介護保険のサービスを利用しておられるということで、ほぼ直線的に利用する人が増えています。

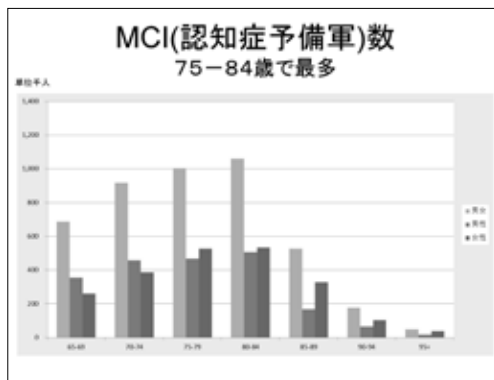
## <認知症患者数 85-89歳でピーク>



認知症の危険率は5歳刻みで倍、倍になると申し上げたんですが、患者さんの数でいいますと、74歳まではそれほどではないですけれども、75歳を超えますとどんどんと多くなってきます。

いま女性の平均寿命が87歳ですから、90歳を超えてしまいますと今度はまた少し減ってきます。いずれにしても、こうした認知症の患者数が多いのは、85歳から89歳が最大だということが分かっています。

## < MCI (認知症予備軍) 数 75-84歳で最多 >



次に英語ではMCIといいますが、認知症の予備軍、軽度認知障害の方ですけれども、これが65歳を過ぎたところからぼちぼち多くなるわけですが、70歳から84歳、このあたりに予備軍のピークがあるこ

とが分かりました。

ということでわが国では、来年から全国的に1万人作戦といえますか、大規模な、全国的な認知症予防が始まるのですが、そのターゲットで一番頑張らしましょうねという世代は、70歳から80歳ぐらいの人になってくると思います。

## <若年性認知症という問題>

### 若年性認知症という問題

65歳未満で発病する認知症

- ・男性では脳血管性が最多
- ・女性はアルツハイマー病が最多

我が国全体で4万人弱と推定

とくに男性の場合、一家の危機  
生命保険の高度障害に該当

映画でも有名になったんですけれども、若年性認知症という問題があります。これは、普通では65歳未満もしくは60歳未満でなることもありますが、40代とか50代とか、極めて若い年齢でアルツハイマー病とかになってしまう。非常に悲惨な病気です。

結構、遺伝的なものとか、なにかしらの危険因子があります。それだけに後期高齢者になってから発病するようなアルツハイマー病とは違って、何かの予防とか運動によって少しでも防ぐとか、そういうものとはちょっと違う。残念ながら、生まれつきそのリスクといいますか危険性が備わってしまっているという病態です。

世界的に見ると、こうした若年性認知症の原因としては、若年性のアルツハイマー病が一番多いと言われたんですけれども、わが国の場合ですと脳血管障害、特に脳出血とかあるいはくも

膜下出血、こうしたものの後遺症としての認知障害というのが一番多いことが分かりました。これもまた遺伝的な背景があったりして、ある日突然大きな脳血管障害が起きてしまう、こういうタイプが多くありました。

一方、女性に関しては、やはり若年性アルツハイマー病が最多ということで、これは世界的な傾向と一緒です。いずれにしても、日本全体で4万人ぐらい、多く見積もると5万人ぐらいが、こうした若年性認知症というふうに考えられた次第です。

こうした患者さんの問題はさまざまあります。就労できないから収入がない。あるいは、家庭が暗くなる。あるいは、子どもさんが、親父がそうだったから僕もなるんじゃないかと遺伝の問題を心配する、というふうに、さまざまな問題が起こっています。それだけに、患者さんが特に男性だった場合は、まさに一家の危機状況に陥ってしまいます。そこで介護保険でも、こうした若年性認知症は特別に年齢制限なくサービスの対象になります。

もうひとつ大切なことは、生命保険の中で、こうしたアルツハイマー病のように進行性の病気で、現時点では根本的な治療がないと分かっている病気については、高度障害というのがあります。これに認定されると、現在生きてはいるけれども亡くなったと同じように生命保険の満額が支払われます。支払われることも大事ですけど、従来なら毎月払っていた掛け金も払わなくてよくなるので、もしそのような方、若年性認知症の方がおられたら、そういうことも思い出してください。

sample



## アルツハイマー病の治療薬： 現状と展望

田平 武先生

(順天堂大学大学院医学研究科  
認知症診断・予防・治療学 客員教授)

### 略歴

- 1970年 九州大学医学部卒業神経内科学専攻
- 1974年 米国国立保健研究所神経疾患脳卒中研究所留学
- 1977年 九州大学医学部附属病院神経内科助手
- 1982年 同講師
- 1983年 国立武蔵療養所神経センター（現国立精神・神経医療研究センター研究所）部長
- 2001年 国立療養所中部病院長寿医療研究センター（現国立長寿医療研究センター研究所）所長
- 2009年 順天堂大学大学院医学研究科認知症診断・予防・治療学講座客員教授（常勤）
- 2012年 同 客員教授（非常勤）、岐阜河村病院もの忘れ外来医師  
現在に至る

### 学会活動

日本神経免疫学会（理事長一終了、名誉会員）、第8回国際神経免疫学会会長（終了）、日本認知症学会（理事一終了、名誉会員、認定専門医）、日本老年学会（理事）、日本老年医学会（代議員）、日本基礎老化学会（理事一終了、評議員）、日本抗加齢医学会（理事一終了、監事）、認知症サプリメント研究会（代表世話人）

### 社会的活動

公益財団法人・日中医学協会（執行理事）、特定非営利活動法人日本多発性硬化症協会（医学顧問）、株式会社ラ・ビータ（取締役）

## <認知症という言葉>

### 認知症という言葉

- 明治になり西洋医学が入ってきて、西洋の医学用語を日本語に訳す必要が生じた。
- 認知症に相当する言葉 Demenz (独)、dementia (英) を『癡狂』と訳した。
- 大正に入り癡狂は『痴呆 (痴呆)』に改められた (呉秀三)。
- 有吉佐和子は恍惚の人と表現した。  
(頼山陽の日本外史に「三好長慶老いて病み恍惚として人を識(し)らず」)
- 2004年12月認知症に改められた (厚生労働省の用語に関する検討委員会、高久史磨委員長)。

認知症という言葉は非常に新しい言葉で 2004 年からです。まだ 9 年ぐらいしか使っていないですね。

そもそも認知症という言葉は、明治になって西洋からドイツ医学、アメリカ医学が入ってきました。そ

のときにドイツ語では Demenz、英語では dementia、これが認知症に相当する言葉で、これを森鷗外先生とか当時の方が日本語に訳された。当時は、「癡狂 (ちきょう)」と訳しました。「病垂れに疑」という字の「癡」と、狂うという字です。当時は脳の病気はほとんど狂うがついています。

それはちょっと問題だということで、大正に入りまして、東京大学精神神経科の呉秀三教授が「痴呆」という言葉を使いました。最初は病垂れに疑という字だったのですが、いつの間にか、新しい「病垂れに知」という字に変わっておりました。

1972 年に有吉佐和子さんが、現代の高齢化社会の問題を先取りして、きっと大きな社会的な問題になるだろうということで小説を書かれた。「恍惚の人」という小説なのですが、そのときに本の題名を何にしようかと考えられたんですね。痴呆の人ではあまりさえないなということで、お弟子さんを連れて国会図書館に 1 週間こもりまして調べ物をされた。そうしたら、頼山陽の「日本外史」にこういうくだりを見つけたんですね。「三好長慶老いて病み恍惚として人を識 (し) らず」。この三好長慶と



いう人は四国のお侍さんで、非常に功労があった方です。この方が当時は45歳とか60歳とかいろんな説があるんですが、まあ長生きされた。で、訪ねて行ってみたら、誰が来たか分からなかったという意味の言葉です。要するに、年を取ってもうろくした状態で、人が誰かも分からなくなる状態、それを恍惚という。私はこれを読みまして、すぐ広辞苑という辞書を引いたら1番目に、もうろくして、物事の分別がつかなくなる状態、こういうふうに書いてありました。ところが、2番目の意味がちゃんとありまして、2番目の意味は、心を奪われて、うっとりするさま、これが恍惚です。青江美奈さんのブルースで有名になりましたが、「恍惚のブルース」のほうが有名なんです。どちらかという、皆さんはそっちのほうを多く使われますので、認知症という意味の恍惚が使われなくなった。それで厚生労働省が2004年に高久史麿先生が委員長になって委員会をつくりまして、そこで長谷川和夫先生が考案された「認知症」という言葉が現在使われているということです。

## <高齢者認知症の原因>

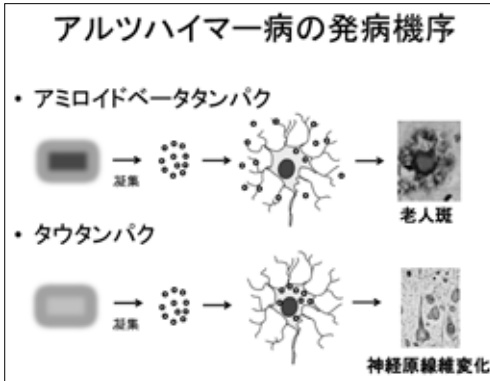
### 高齢者認知症の原因

- |   |   |      |
|---|---|------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• アルツハイマー病</li><li>• 脳血管性痴呆</li><li>• 混合型認知症</li></ul>  | } | 約80% |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• その他<ul style="list-style-type: none"><li>レビー小体型認知症</li><li>前頭側頭葉型認知症</li><li>正常圧水頭症</li></ul></li></ul> |   |      |

認知症の原因は、アルツハイマー病と血管性認知症、痴呆と書いていますが、これも認知症です。この2つがもうほとんどです。あとは、まれにレビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症、正常圧水頭症がありますが、上の2つ、あるいは

はその両方が混じったもの、8割ぐらいがこちらでしょう。

## <アルツハイマー病の発病機序>



アルツハイマー病がなぜ起こるのかということですね、それを少しお話しします。

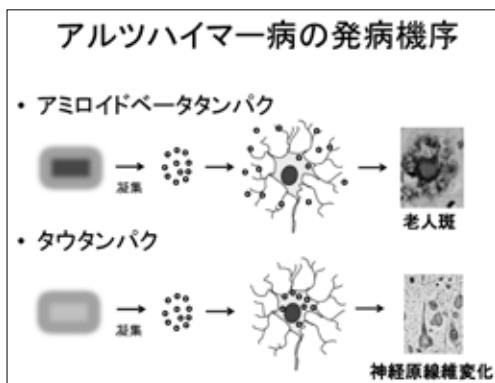
脳を見ますと、アルツハイマー病の患者さんの脳には老人斑というしみが出ています。このしみは肉眼では見えません。脳を切っ

て見ても何も見えない。直径が0.2ミリぐらい、小さいもので全然見えません。しかも、いまこれは抗体というもので染色して顕微鏡で拡大しているので見えますけれど、こんな小さいものです。

顔によくあります、私の顔にもいっぱいあるこの老人斑ですが、これとは全然違う。顔にあるのは、ほくろです。脳のほうはタンパク質がたまってできたもの。それは、どういうタンパク質がたまるかということ、アミロイドベータ ( $\beta$ ) タンパクというタンパク質がたまります。アミロイドベータタンパクというのは、皆さんも脳の中に全員持っています。正常でも、脳の中にいつもできています。私たちが頭を使えば使うほどこれができる。ただ、これは可溶性、つまり水に溶けており毒性がないのです。

ところが、年を取ってきたりすると、その分解が遅くなって固まり始めるんですね。その塊を成すことが、ここに書いてある凝集です。このタンパク質は塊になると毒性をもってきて、その塊が神経細胞を傷付けてしまう、どんどん傷付ける。そし

てつについては、この神経細胞が死んでしまいます。死んだところに、さらにどんどんアミロイドの塊が集まってきまして、もう埋め尽くすようにしてできあがったもの、これが老人斑というものです。

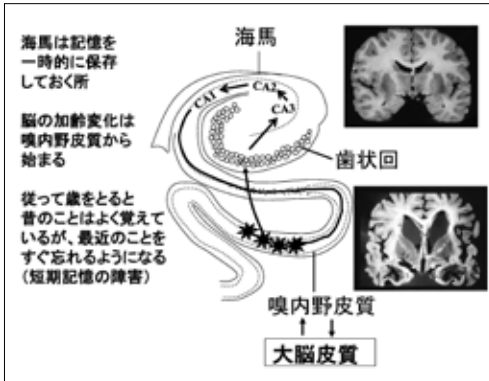


もうひとつ大きな変化があります。それは神経原線維変化というもので、ここに神経細胞が顕微鏡で拡大して出ています。この神経細胞の中にたまる。上の老人斑というのは、どちらかというとなら神経細胞の外にたまる。これはタウというタンパク。

これも皆さん全員が持っています。タウがないと生きていられない、こういう大事なタンパク質です。ただ、それも正常であれば細胞の中に溶けている。それが年を取ったりして、だんだん変化を起こしてくると固まるようになり、毒性をもってきます。塊が神経細胞の中にどんどんできたもの、それが神経原線維変化です。

この2つの変化が起こることによって神経細胞が死んでしまう。だから、脳が萎縮してしまう。これがアルツハイマー病であるというふうに分かったんですね。ですから、この辺をヒントにして治療していけばいいということになります。

## <海馬>



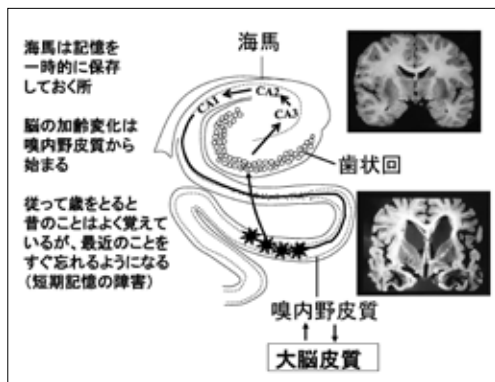
物忘れから始まる、しかも、ついさっきのことを忘れる、これがアルツハイマー病の特徴ですね。昔のことはよく覚えているんですよ、戦争に行ったときのこととかね。ところがさっき、たったいまやってきたこと、出来事をすぐ忘

れてしまう。それはどうしてかということですが、海馬というところが一番強く障害を受けるからです。

海馬はどこにあるかということ、ここにあります。これは、人の脳を額に平行に切って前から見たものです。そうしますと、ここに側頭葉が出ています。ちょうど耳の横にある、側頭葉の一番内側にある、これが海馬というところです。これがアルツハイマー病では初期から強く傷害されるので、こんなふうに空間が開いてくる。これがアルツハイマー病の特徴。

海馬というのは、このかたちが海の馬、海馬（タツノオトシゴ）に似ているので海馬と名がついたんです。私たちは見たり、聞いたり、感じたり、いろんな経験をしますが、そういう脳の情報が全て海馬の入り口に集まる。この海馬の入り口のことを嗅内野皮質という。嗅内野皮質に全ての情報が入ってきますと、そこから直接海馬の歯状回に入る。これはどうして歯状回というかですが、解剖でここを開けてみると、ちょうどサメの歯みみたいに、ギザギザと白い筋が通っています。それで歯状回。この歯状回に入りまして、それが海馬のCA3、CA2、CA1と、こ

ういう神経細胞に次々と情報が手渡されて、また最終的には嗅内野皮質に返ってくる。ここにサーキットが1つできる。このサーキットの中に記憶をいったん蓄えるのです。

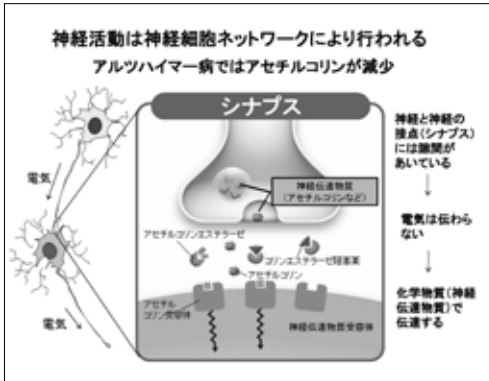


つまり海馬というのは、記憶を一時的に保存しておく。そして大事なものは脳のあちこちに運んで、長期記憶として成立させられる。朝田先生が「眠っているときに記憶が成立しますよ」と言われましたけれども、その長い記憶になる

前に一時的に海馬に蓄えるんです。

年を取ると、嗅内野皮質から病変が起こります。図の黒い星の部分ですね、ここに神経原線維変化がまっさきにおこりますが、これは老化です。老化すると物忘れするのはこれが原因です。一時的に蓄えておく装置が壊れてしまう。いま言ったことを忘れるのはそのせいです。いま言ったことを蓄えておかなくてはいけないのに、そこに蓄えられない。だからすぐ忘れてしまう、そういう現象です。これが老化によって起こるんですけども、それがさらに広がっていったものがアルツハイマー病です。ですから、物忘れから始まる。しかも、いま言ったことを忘れるという現象になっていくわけです。

## <神経活動は神経細胞ネットワークにより行われる>



私たちの神経活動というのは神経細胞から成っていますが、神経細胞というのは1個の神経細胞だけでは何もできません。たくさんの神経細胞がネットワークを張って、そのネットワークをうまく利用して脳は活動しています。

この神経細胞がまず活動しますと、この活動は電気で伝わってきます。この長い突起を電気が伝わる。そして次の神経細胞に伝わると、また電気になって次に、また次の細胞と伝わる。電気は速いですからね。ネットワークは瞬時に、何千というものがあつという間に情報処理される。ものすごいコンピューターなんです。

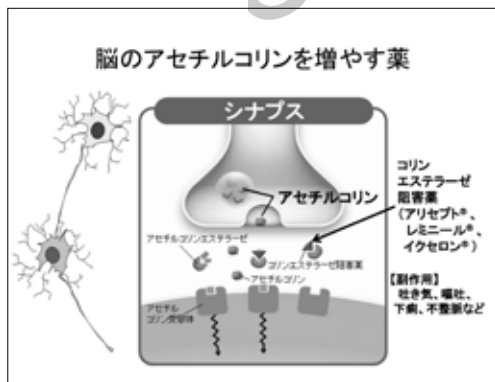
この電気が伝わってきた、この端っこのところをよく見てみると、これが前の神経細胞の突起の端っこです。これが次の神経細胞、こちらの神経細胞の始まりになります。この間は隙間が空いています。この部分をシナプスといいます。つまり、電気現象でやってきたものが、隙間があるので電気が伝わらない。

じゃあ、どういうふうにして電気を伝えるかという、ここに化学伝達物質というものが用意されていて、上から電気がやってきますと、この化学伝達物質を放出するんです。この放出した化学伝達物質が次の細胞の受容体というものにくっつくと、そこでまた新しい電気が起こります。そして、その電気が次の細胞に伝わる。こうやって伝えています。

この伝達物質の中で、アルツハイマー病になるとなくなるものは、アセチルコリンという伝達物質。先ほど朝田先生がお話しになったホワイトハウス先生、あの先生が見つけたものです。アルツハイマー病では、アセチルコリンというものが減っているということで、じゃあアセチルコリンを増やす治療をすればいいんだということで、そこからいま使われている3種類の薬が開発されていくんですね。

アセチルコリンを増やすためにはどうしたらいいか。通常ですと、前駆体、つまりアセチルコリンになる前の物質を飲む。例えば、パーキンソン病ではドーパミンという伝達物質が減っていますので、その前駆体を飲むとドーパミンが増えるんですけども、ところが、アセチルコリンの前駆体であるコリンをいくら注射しても、飲ませても、アセチルコリンは全然できなかった。

## <脳のアセチルコリンを増やす薬>



それで、こういうことをやりました。

この隙間のところには、伝達物質が出ますと待ち構えていて、それをすぐ分解してしまう酵素があります。なぜかという、伝達物質というのは、ぱっと出たら、ぱっと消えない

といけない。伝達物質がいつまでも出ていると情報が出っぱな

しになって、情報処理ができない。ぱっと出たら、ぱっと消す、そういうことをうまく私たちはやっている。その、ぱっと消す酵素がコリンエステラーゼという酵素です。この酵素を抑えてやればよいということで、酵素の作用を抑える化合物（図では三角形で描いていますが）をつくって、この酵素が作用しないように、すぐ分解しないようにする。そうすると伝達物質が無事に次の神経細胞に届くという原理になりますね。結果的には伝達物質を増やしたことになる。そういうふうにして開発された薬がコリンエステラーゼ阻害薬といって、アリセプト、レミニール、イクセロン（リバスタッチ）、この3種類が現在使われているものです。

この薬はアセチルコリンというものを増やします。ですから、脳だけで増えてほしいのですが、私たちは自律神経、特に迷走神経ですね、副交感神経はアセチルコリンを使っています。迷走神経は胃腸にも走っていて、先端からはアセチルコリンが出ています。飲んだ薬の副作用で消化器症状（吐き気、下痢など）がおこったり、おしっこをするときにもアセチルコリンを使っていますから、頻尿になったり、迷走神経は心臓にもいっているので、不整脈が起こることがあります。



sample



## 認知症の薬物療法とケアの協働 —生活のしづらさの改善を目指して—

諏訪 さゆり 先生

(千葉大学大学院看護学研究科  
訪問看護学教育研究分野教授)

### 略歴

- 1988年 千葉大学看護学部卒業
- 1990年 千葉大学大学院看護学研究科修士課程修了  
東京共済病院看護部
- 1994年 東京大学大学院医学系研究科博士課程保健学専攻修了  
東京医科歯科大学医学部保健学科看護学専攻成人看護学助手
- 1995年 東京女子医科大学看護学部老年看護学講師
- 2001年 認知症介護研究・研修東京センター研修部主任研修主幹
- 2010年 千葉大学大学院看護学研究科教授
- 現在に至る

### 専門分野

老年看護学、認知症ケア、在宅看護学

### 学会活動

日本老年看護学会理事、日本認知症ケア学会理事、日本老年精神医学会評議員、日本看護科学学会代議員、日本臨床倫理学会評議員 等

司会者：それでは諏訪先生のご講演を開始させていただきます。  
諏訪さゆり先生は「認知症の薬物療法とケアの協働 生活のしづらさの改善を目指して」という演題です。

諏訪先生は 1988 年に千葉大学の看護学部をご卒業になりまして、その後、東京大学大学院において博士課程をさらに修了されまして、東京医科歯科大学、東京女子医大等を経まして現在、千葉大学大学院の看護学研究科訪問看護学教育研究分野と、大変長いですが、千葉大学の教授としてお務めでございます。ご専門分野は、老年看護学、認知症ケア、在宅看護学というような分野でございます。学会活動も下にありますように、日本老年看護学会理事、日本認知症ケア学会理事など、いろいろな学会においてご活躍でございます。では先生よろしく願いいたします。

第23回HAB研究機構  
市民公開シンポジウム

**認知症の薬物療法とケアの協働**  
生活のしづらさの改善を目指して

千葉大学大学院看護学研究科  
訪問看護学教育研究分野 諏訪 さゆり

座長の深尾先生、そして笠原先生、ご紹介ありがとうございました。皆さまこんにちは。今日はこのように熱心な参加者の皆さんの前で、1時間弱ですけれども講演をさせていただくことを本当に光栄に思っております。少しでも、皆さんの

のお役に立つことができればと思ひまして、私は「認知症の薬物療法とケアの協働 生活のしづらさの改善を目指して」というタイトルで講演させていただきます。

## < 認知症の中核症状（基本障害） >

### 認知症の中核症状 （基本障害）

- 1 記憶障害: 新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害⇒短期記憶障害、エピソード記憶障害
- 2 見当識障害: 時間、場所、人物の見当をつける能力の障害
- 3 失語: 言語の障害
- 4 失行: 運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害⇒観念失行 観念運動失行
- 5 失認: 感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定する能力の障害⇒視空間失認
- 6 実行機能障害: 計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化することの障害)

注意機能や意欲も低下します！

朝田先生や田平先生がお話しになったことと重なってくるかと思いますが、これは中核症状といわれているもの、認知症になるとこういう症状が出現しますよ、ということを表したものです。

1 番目は、皆さんよくご存じのとおり「記憶障害」です。物忘れをする、思い出すことができないというようなことが起こります。記憶障害の中でも認知症に特徴的なのが、割と直前にあったことを思い出すことができないという短期記憶障害とか、自分が体験したこと全体をすっぱり忘れてしまうエピソード記憶障害が特徴的に出てくるとされています。これは朝田先生、田平先生のお話にもあった内容です。

2 番目が「見当識障害」です。見当識障害は大きく時間の見当識障害、場所の見当識障害、人物の見当識障害という3つのタイプにさらに詳しく分けることができます。それぞれ時間や場所、人物の見当を付けることができなくなってくる、難しくなってくるという障害です。

皆さんは、いまこの瞬間が何年何月何日で、季節はどれくらいで、何時何分ぐらいなのか見当はつきますか、大丈夫ですか。そして、この場所がどこだか見当はつきますか。大丈夫でしょうか、はい。そして皆さんは、目の前にいる私が誰だか見当はつきますでしょうか。そして皆さん、きちんと私との関係ですね、

今日の演者と参加者であるという関係性も見当つきますでしょうか。大丈夫ですね。皆さんは大丈夫でしたけれども、認知症になってくると、そういうことが難しくなってきます。

3番目には「失語」。言葉を理解したり、自分が考えていることや思いを、適切な言葉で表現して、相手に伝えることが難しくなってくる、そんな失語という症状も出てきます。

### 認知症の中核症状 (基本障害)

- 1 記憶障害: 新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害⇒短期記憶障害、エピソード記憶障害
- 2 見当識障害: 時間、場所、人物の見当をつける能力の障害
- 3 失語: 言語の障害
- 4 失行: 運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害⇒観念失行 観念運動失行
- 5 失認: 感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定する能力の障害⇒視空間失認
- 6 実行機能障害: 計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化することの(障害)

注意機能や意欲も低下します!

4番目に記したのは「失行」です。手が動く、足も動く、運動機能が損なわれていないにもかかわらず、やろうと思っている動作を適切に行えなくなる障害が失行になります。

失行というのは、もっといろいろな種類に詳しく分けることができますが、ケアにとっても関係するものとして、ぜひ皆さんに知っておいていただきたいものがあります。ひとつは観念失行、もうひとつは観念運動失行です。

観念失行というのは、ものの名前とか用途は分かるのに、実際にきちんと使うことができないという障害です。例えば皆さん、自分の足元を見ると靴がありますよね。これは何ですかと聞かれて、「靴です、外出するときに履くものです」と、名前や用途を言えると思います。じゃあ履いてみてくださいと言われてたときに、足を靴の中に入れられない、履けない。それが観念失行といわれるものです。

そして次に、観念運動失行。漢字がたくさん並んで、すごく難しい感じがするんですが、これも認知症の方に関わってケアしていく上で、理解しておくとても参考になるものです。ぜひ今日覚えて帰っていただきたいもののひとつです。

観念運動失行というのは、日常生活の中で習慣となっていてそれまで難なくできていたことが、認知症になって観念運動失行が出てくると、周りの人から言葉で指示されたり、動作で指示される、「まねして、こういうふうにやってください」などと言われて指示されると、途端にできなくなってしまう。先ほどの靴を履くことは、皆さん習慣になっていると思います。難なくできると思います。ですが、認知症になって観念運動失行が出てくると、指示されるとできない。「ここに足を入れてください」「右足はこっちですよ」「左足はこっちに入れましょう」と口で指示されたり、手や、身ぶりで指示されると、途端にできなくなるのですが、指示されない状況ならば自分ですっと靴を履くことができます。

認知症の方というのは実際に、いろいろできないことも増えてくるので、見ている周りの介護者は、はらはら、どきどきしてしまうことが多いですけれども、まずはご自身でやっていただけるかを、しっかり見守ることが大事です。家族も介護スタッフも一生懸命「ここに足を入れるんですよ」「ここも入れてください」と指示を何回も繰り返してしまいがちです。そうすると、余計できなくなるというのが特徴ですので、靴を履く場面をあらためてつくり、今度は指示しない、声を掛けない。自分でやっていただく機会をあらためてつくるのがよいケアだと分かってきています。

### 認知症の中核症状 (基本障害)

- 1 記憶障害: 新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害⇒短期記憶障害、エピソード記憶障害
- 2 見当識障害: 時間、場所、人物の見当をつける能力の障害
- 3 失語: 言語の障害
- 4 失行: 運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害⇒観念失行 観念運動失行
- 5 失認: 感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定する能力の障害⇒視空間失認
- 6 実行機能障害: 計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化することの障害)

注意機能や意欲も低下します！

5番目が「失認」です。感覚機能、すなわち、目が見えるとか、耳が聞こえるといった機能が損なわれていないにもかかわらず、目の前のものが何であるかを適切に認識できなくなってしまう障害です。

この失認もいろんな種類があるんですが、特に皆さんに知っていただきたいのが、視空間失認です。これを厳密に説明しようと思うと非常に難しいのですが、簡単にご説明しますと、ものとの位置関係や、距離関係、奥行きというものを測れなくなるということです。トイレのドアが目前にあっても開けることができなかつたり、お風呂場のバスマットが黒っぽい色だったりすると、そのバスマットが落ち込んで、淵になっているように認識してしまう。そうすると怖いので、平面なのにまたごうとして片足になったときに、よろけて転んでしまつたりします。なので、そういった位置関係や、距離、奥行きを適切に把握できているかということも、ケアする上で大事になります。

6番目が「実行機能障害」です。計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化することの障害と、いろいろ書かせていただきましたが、これを一言で簡単に言うと、自分が次に何をしたらいいかを適切に判断したり、決めることができないという障害です。

よく教科書に書かれているのは、てきぱきと料理上手だった主婦の方が認知症になって実行機能障害が出てくると、動作が

止まってしまう。実は料理というのは、次に何するかを判断する、決めることの連続なんですね。メニューは何にする、この食材はどういうふうに切る、そんな判断の連続ですが、それが難しくなってしまうので、とても料理が上手だった方でも、手や足に何も障害がない方でも、次に何をしたらいいか判断ができないので動作が止まってしまうということが起こってきます。そういった方のケアとしては、次にやることをその方の動作が止まらない絶妙のタイミングで「次はこれをやりましょうか」「次はこうしましょうか」というふうに言葉で促していくことが大事になります。

幾つか認知症の中核症状を挙げましたが、ほかにも意欲の低下、注意機能の低下ということが起こります。いま皆さんは、特に注意機能を一生懸命使っていますよね。このシンポジウムに参加されて、演者の話に注意を傾ける、注いでいらっしゃる。たまに時計に注意を向けながら、話が長くならなければいいんだけど、なんて思いながら、いろんなところに注意を向けたりしていると思いますが、そういうことが難しくなってきます。

**認知症高齢者は中核症状(基本障害)から影響を受けて、日常生活の様々な場面で生活のしづらさに直面しているが、自分なりに乗り越えようとしている**

先ほど失行のところで、靴を履くということが例に出ましたが、認知症の方は、この中核症状があることで、そこから影響を受けて、日常生活のさまざまな生活行為を行っていく上で、生活が前に進まない感じや、



生活行為がうまくいかないというような、いろいろな生活のしづらさに直面します。困ってしまいます。

ですが、困ったときに誰か何とかしてくれではなく、私たち大人はみんな自尊心を持っていますので、困った状況に陥ったときに、まずは自分で何とかして乗り越えたいと思います。実は認知症の方も、そんなふうに生活行為がうまくいかない、失敗してしまうといった困り事に直面してもまずは自分なりに乗り越えようとしている、ということをご大事にしてください。すなわち、その方が自尊心を持って、自立して何とかしようと思っているということです。

## <認知症の人の立場に立つために 1 >

### 認知症の人の立場に立つために 1

- 記憶障害によって困っている  
認知症の人の気持ちと行動
- |                        |   |
|------------------------|---|
| ➢ 繰り返し同じことを言うようになる     | ➢ まわりの人から～言いましたよねと指摘されたら、私はそんなことは言っていないわと怒る |
| ➢ まわりの人の反応が変だなと思う      | ➢ 自分に自信が持てなくなる                              |
| ➢ 自分が何か言ったのかをまわりの人に尋ねる | ➢ 不安になる                                     |
| ➢ 今、私、何か言ったの？と自分でつぶやく  | ➢ いろいろなことが進まない感じがする                         |
| ➢ あまり話したくなくなる          | ➢ 忘れてしまっていることで、誰かに何か迷惑をかけていると思う             |
| ➢ 立ち止まる                |   |
| ➢ 立ち止まって思い出そうとする       | など  |

認知症の方は、中核症状からいろんな影響を受けて、いろんな思いになります。そして、それを克服しようと自分なりに努力しようということをお伝えしましたが、さらに認知症の方の立場に立っていただきたいなと思いましたので、例を挙げていきます。

例えば、認知症の中核症状のひとつである代表的な記憶障害があることで、認知症の方がどんな行動をされたり、どんなことを言ったりするかを、幾つか、私が直接伺った場面であったり、介護の職員の方から伺ったものをここにご紹介しました。

時間の関係でちょっとしか例を挙げることができませんが、記憶障害によって困っている認知症の方は、特に繰り返し同じことを言うようになります。皆さんも、認知症の方から繰り返し同じことを言われた経験があると思います。そういうときに、特にご家族の方は、「さっきも聞いたわよ、それ、同じ話」というふうに冷たくあしらってしまうことも結構あるんですが、その繰り返されている同じことの中には、その認知症の方にとって、とても気になること、とても大事にしたいことや、思いが込められています。

そんな思いを先ほど伝えたとします。でも認知症の方は、短期記憶障害やエピソード記憶障害があります。なので、10分前に気になることを伝えたとしても、伝えたこと全体を忘れてしまうので、認知症の方は、「まだ何も伝えていない、何も分かってもらっていない、分かってもらいたい」という状態に陥っていることになります。だから、分かってもらおう、伝えなきゃと、何度も繰り返し同じことを言うようになるわけです。

なので、ケアするご家族も、ケアスタッフも、繰り返されている同じことの中にどんな大事なことが含まれているかを見抜いて、それは家族も私も分かっているよ、ほんとに大事なことだよ、一緒に気に掛けていこうねということを、表情や言葉でしっかり伝えていく、そして安心できるようにする。分かってもらえている、この人がいれば大丈夫と思ってもらえるように関わっていくことが大事になってきます。

## <認知症の人の立場に立ってみよう 2>

### 認知症の人の立場に立ってみよう 2

- 時間の見当識障害があつて困っている  
認知症の人の気持ちと行動
  - 時間やあたりの明暗、まわりの音など、時間を知ることのできるものを探す
  - 時計を持っていそうな人を探す
  - 時計やカレンダーなどを見つけれなくて焦る
  - 人から時間を告げられるとびっくりする
  - 目が覚めた時に今が何時かわからずドキッとする
  - まわりの人が今がいつか言っているのを聞いて驚く
  - 着ている衣類が時間や季節、場所にそぐわないとまわりの人から言われ不快になる
  - 今この時間に行かなければならないところがあるのではないかと不安になる
  - 私は今ここにいていいのでしょうか？と知っていそうな人に聞いてみる
- など

今回は時間の見当識障害がある認知症の方の思いに立ってみたいと思います。

こちらですが、時間の見当識障害があると、認知症の方はこんな思いに駆られます。「いま、この時間に行かなければならないところがあるのではないかと不安になる」。

長いですが、深く理解していただけますでしょうか。

これは今日、皆さんの立場で考えると、とてもよく理解できると思います。先ほどこの講演の冒頭で、今日が何年の何月何日で何時くらいなのか見当がつかますかとお尋ねしました。皆さんは笑いながら、うんうんとうなずいていただきました。これは、時間の見当識が機能しているので、皆さんがいまこの瞬間に、その椅子にゆっくり座ってこの講演に参加できているんだということです。

皆さんが、いまが何年の何月何日で、何時何分くらいなのか、まったく見当がつかないという認知症の状態に陥ったとします。皆さんは大人で、例えば会社員とか、一家のあるじとか、お父さんやお母さんであるなど、いろんな役割をお持ちです。そんな役割をお持ちの皆さんが、いまこの時間がいつか分からない、「あれっ、私いま無断欠勤していることになっていないだろうか、どうしよう」「子どもと一緒に今日、買い物に行こうと約束したんじゃないだろうか、どうしよう」なんて思うわけですね。役割を持つ大人だからこそ、そう思うようになります。

そんなふうと思うようになった皆さんは、いま腰掛けている椅子からすっと立ち上がってこの会場を出て、行かねばならないと思う場所に向かって走ったり、歩いたり、電車に乗ったりして、たどり着こうと一生懸命行動に出るわけです。その姿を一人ぼかんとむなしく見送る、今日の講師の諏訪さん。今日の参加者の皆さんは帰宅欲求だったわ、みんな徘徊だったわ、なんて思うかもしれないということです。

実は、いまの例からもう皆さん実感していただけたのではないかと思います。いまがいつか見当がつくということは、いま私はこの瞬間こうしていいんだと、そう思える基盤をつくってくれているということです。認知症になるとそこが揺らぎます、難しくなります。いまこうしていいと思えなくなる。場所の見当識障害が出てくると、いまこの場所で、こうしていいと思えなくなります。いまの自分がとても揺らいでしまうんですね。これは人間にとって、とてもつらい状況です。

認知症の方は中核症状があるとお伝えしましたが、中核症状があることで、いまこの瞬間、こうしていいんだということが脅かされる、脅かされやすいということを深く理解していただければと思います。

sample