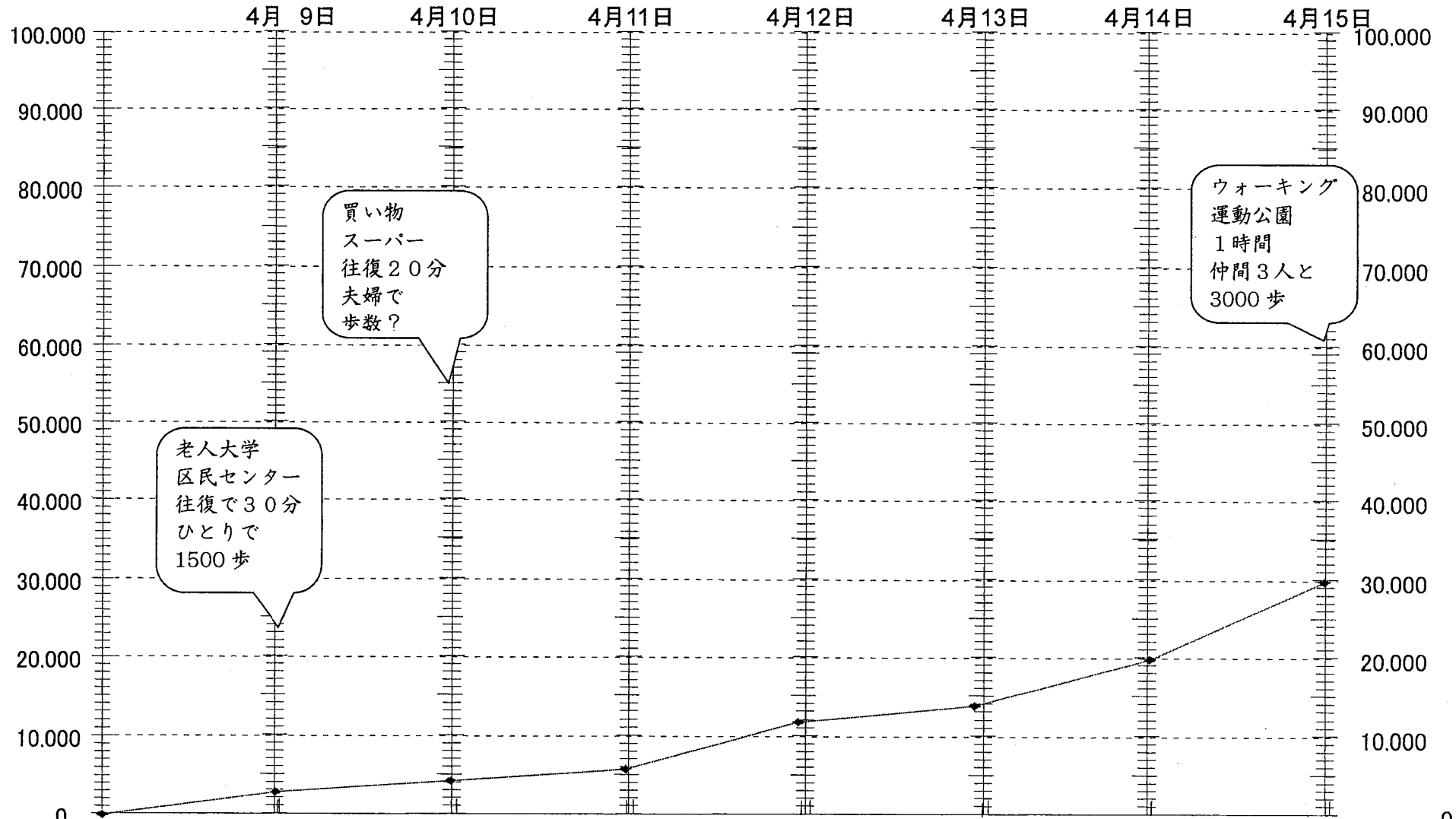


歩数の記録

氏名 _____



その日の歩数	3000	1500	1500	6000	2000	6000	10000
その日までの合計	3000	4500	6000	12000	14000	20000	30000

図 1 1. 歩数の記録用紙

ウォーキング宣言書

氏名



自分で決めた目標

- 1週間の合計歩数を_____歩（1日平均_____歩）にする
- ややきつい早歩きを次のようにおこなう

1日_____分

週 _____日



やり遂げたときのごほうび

●



あなたを応援してくれる人

●

●



宣言日 _____年____月____日

図12. 宣言書

2) 料理プログラムの例

以下では、認知症予防を目的とした料理プログラムの例を示す。プログラムのグループは、6～8名の参加者と指導者またはファシリテーター1～2名で構成する。プログラムは、知的活動を習慣化するために、週1回毎週同じ曜日の同じ時間に定期的実施する。

(1) 認知症予防の目的の共有

参加者同士が認知症予防の目的を共有することで、お互い励ましたり支え合う行動が促進される。その結果、参加者の行動変容が容易になり、行動習慣が確立されて継続しやすくなる。認知症予防の目的共有には、プログラム開始時の自己紹介で、「なぜこの活動に参加したのか」というような参加動機を語ってもらうと効果的である。(ウォーキングプログラムの進め方の「①認知症予防の目的の共有」と方法は同様)

(2) 料理に関する信念の確立

認知症予防のための知的活動の習慣化を促す際には、まず参加者自身が「今まで作ったことのないレシピを作って調理すれば、認知症予防に効果的だ」というような信念を確立することが重要である。料理プログラムでは、なぜ料理が認知症予防にとって効果的なのか、より効果的な料理プログラムはどのような方法で行えばよいのか、などの情報提供を最初に行う。今までに自分が作ったことのない新しいレシピを考えること、調理がうまくできるようにグループで手順を話し合うことなどによって、計画力が鍛えられること、過去の体験や知識を活用して話し合う過程ではエピソード記憶や注意分割が鍛えられること、実際の調理場面では手際よく調理をすることで注意分割が鍛えられることなどを情報提供する。

(3) 料理のテーマを決める

参加者で話し合っ、食材や季節的なテーマを決める。ファシリテーターは参加者が意見を述べやすい雰囲気を作る。テーマが決まったら、次回の活動までに参加者それぞれがテーマに基づいたレシピを考えてくる。

(4) レシピの発表と決定

参加者それぞれが考えてきたレシピを発表しながら、意見を出し合う。出されたレシピの中から、あるいは、出されたレシピを皆で改善しながら、次回実際に調理するレシピを決定する。場合によっては家で各自が試作し、レシピを改善する。ファシリテーターは、参加者それぞれが自分にとっての新しいレシピ作りに挑戦できるように促す。

(5) 役割を決める

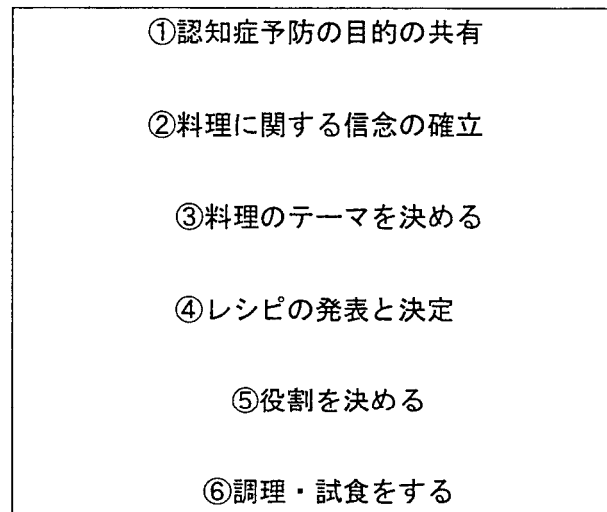
決定したレシピをもとに、食材の買い出しや調理の際の役割について参加者で話し合っ、決めていく。

(6) 調理・試食をする

実際に調理をする。完成した料理を写真に残したり、レシピの記録(図13)を整える。試食をしながら、今回のレシピの内容や調理の段取り、料理の味などについて反省をし、次回のテーマを決める。

料理プログラムでは、1つのテーマごとにほぼ3～4週間のサイクルで活動を行う。知的活動が毎日の生活の中で習慣化されなければ認知症予防の効果は期待できない。行動を定着させるには、やればできるという成功体験が得られて効果が実感できることが必要である。そのためにファシリテーターは、大きな目標を小さな段階に分けて達成していくスモールステップの原則に沿ってその人が自分の能力に見合ったレシピが作成できるように支援する。そして、それができたときにはほめる。

表16. 知的活動プログラムの流れ
(料理プログラムの場合)



5. 認知症支援の方法

認知症の対策の中でもっとも遅れているのが、軽度の認知症に対する対応である。軽度認知症の高齢者は基本的な日常生活能力が低下しているわけではないので、実質的な介護は必要としない。しかし、自立して社会生活ができなくなって、他者からの見守りや生活の管理が必要である。認知症支援を考えるには、認知症が軽度な時期に認知症高齢者がどのような問題を抱えているのかを理解しておく必要がある。

5. 1 早期対応を促す啓発

認知症においても早期発見早期治療のメリットは大きい。現実にはかなり症状が進んで家族で対処しきれなくなってはじめて医療機関に相談することがしばしば見られる。認知症が軽度の場合は、介護などの深刻な問題がまだ少ないので、受診をためらっていることが多い。早期の受診に至る過程でもっとも大きな役割を果たすのが家族である。したがって、家族に対する啓発は重要である。最初に認知症ではないかと疑いを持つのは本人自身と本人と常に接している家族である。家族や本人が以前と違うおかしいなと思える症状の変化に気づいても、年のせいであるとかストレスのせいであると片づけられてしまうことも多い。最初に気づいた症状が認知症の症状であるかもしれないと疑いを持つためには、認知症の症状についての知識がなくてはならない。さらに、受診へと至るためには、家族や本人が認知症が病気であって、治療の対象であり、早期に治療することにメリットがあることを知っておく必要がある。認知症の疑いを持ったときにどこに受診したらよいかの具体的な情報があると受診が早まる。したがって、こうした知識の普及は認知症の早期治療にとって非常に重要である。講演会や地域での出前講座などを行って、早期治療のメリット、認知症の症状、医療機関や相談窓口のリストなど知識を啓発する、あるいはパンフレットを配布することが有効な方法である。

5. 2 かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくり

認知症の診断やその後のサービスへの連携については地域のかかりつけ医の役割が大きい。せっかく家族や本人が認知症ではないかと疑いを持って受診しても、認知症の診断が適切に行われないと意味がない。住民への啓発とともに、かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくりが必要である。住民にとっては、身近なかかりつけ医で認知症を診療できる医師のリストがあれば役立つ。地元の医師会と協議をして認知症を診療できる医師を登録してもらいリストを作っている自治体も増えてきている。

5. 3 軽度認知症高齢者に対する支援

5. 3. 1 問題への対処法の学習支援

軽度の認知症の高齢者は、抱える問題に対処するための学習をしておくことで不安を少なくしたり生活の自立をより長く維持できる。このようなニーズを満たす社会的サービスは少ない。

軽度認知症の高齢者や家族を対象として問題への対処法の学習会を行うことは問題の解決に役立つ。

1) 心理的問題

大部分の軽度の認知症患者はやや曖昧ではあるが症状に対する認識を持っている。軽度認知症の高齢者のもっとも大きな心理的課題は自分の認知的に低下した状態を受け入れるという課題である。認知症が軽度の段階では、大部分の高齢者がある程度の判断力があり、自分の症状について正確ではないが自覚がある。自分が今までと違うもの忘れがあるとか、自分がおかしくなっているというような認識がある。したがって、混乱した気持ち、いらだち、孤独感、不安感、恐怖感を潜在的に持っていることが多い。

認知症が軽度の段階でも、社会生活を送るには、生活の管理の部分を家族などの他者に補ってもらふ必要がある。そこで、人の助けを借りたくないという自立の意志と、現実には助けが必要な事態との間で、葛藤を起し、自尊心の強い人は深刻なジレンマに悩むことがある。

こうした心理的問題を克服するには、家族との話し合いで家族が軽度の認知症の高齢者の気持ちを理解することでかなり問題が軽減されると思われる。また、同じ悩み抱えた人たちと語り合い、こうした問題を乗り越えた人たちの経験を聞くことが大きな支えとなる。

2) 認知的問題

軽度の認知症での認知的問題は、記憶障害と行動の管理能力の障害である。記憶障害はエピソード記憶の障害が著しい。家族は何度も同じ質問をするといった記憶障害から認知症に気づくことが多い。この他、場所や時間がわからなくなる。適切な言葉が出にくくなる。いわれたことがわからない。注意が集中できない。物の配置を取り違える。常識にそぐわない行動や場違いな行動をするなどの症状がある。しかし、繰り返し学習して獲得する記憶は比較的保たれている。このような残存能力を使えば、認知的機能の低下を補って生活の自立をより長くし、生活上の楽しみを持つことができる。たとえば、エピソード記憶を補うためには、いつも決まった方法でメモをつける、日めくりカレンダーを利用する、1日の予定を決まったボードに書いておく、何度もアルバムをみて自分の人生を再学習する、カラオケや楽器の演奏を繰り返し練習して覚える、食器棚など収納場所に細かくラベルをはる、部屋の扉にトイレなどの表示をするなど様々な工夫ができる。

3) 将来への準備

軽度の認知症の高齢者や家族は将来起こる問題としてどんなことがあるかを知っておいて、それに早くから備えておくことで問題を解決しやすい。以下に将来に備えるべき課題と対処の方法をあげておく。家族や軽度認知症の高齢者にこうしたことを学習する機会を提供することも重要である。

(1) 経済的問題

財産、収入などをチェックし、今後起こるかもしれない介護にかかる費用の準備をしておく。また、遺産相続など判断力のあるうちに決定しておく必要がある。成年後見制度を利用し、将来の生活や財産の使い方について決定しておく。

(2) 人間関係の問題

家族や友人との関係が変化することを覚悟して、できるだけことはしておく

(3) 健康の問題

食事、運動、生活の仕方を規則的にし、健康を保つ必要がある。

(4) 治療の問題

かかりつけ医や専門医を受診して医学的治療を受ける。

(5) 安全の問題

運転免許を早めに返上する。家族は判断力が落ちたら、危険なものは手の届かないところにしまう。

(6) 介護のサービスを調べておく

将来、予測される介護生活で利用できるサービスや制度を調べておく。

5. 3. 2 能力維持ための支援

軽度認知症の人たちは高齢者クラブや自主サークルへの参加が難しくなり、無理に参加させようとするとう心的負担になる。しかし、認知症の中度や重度の人たちのプログラムには心理的抵抗を持っている。軽度認知症の人たちにふさわしいプログラムを提供する必要がある。認知症の場合は、行動の意欲が低下している場合が多いので、一人一人のプログラム参加者が興味をもてる活動が何であるかを見つける努力を怠ってはならない。軽度認知症といえども、好む活動は正常の高齢者が好む活動とまったく違うわけではない。旅行、園芸、料理などは、軽度認知症の高齢者にも歓迎される活動であろうと思われる。軽度の認知症高齢者の場合、たとえ認知機能が落ちていても、幼稚な内容のプログラムは自尊心を傷つける恐れがある。たとえば、「漬物づくり」や「団子作り」、「ホットプレートでできるクッキーづくり」などの「食べ物づくり」は、認知機能のまだ高い認知症患者から、かなり低い患者まで興味を持てるテーマである。次の表は、漬物作りを例にして、実行機能の能力によって実行できる役割を示している。

表 17. 実行機能のレベルと役割

たとえば、「漬け物づくり」であれば、

① 自立的な組織者・実行者

漬け物を漬けることを決定する、計画する、買い物をする、漬け物の漬け方を選択する、漬け物を作る

② 自立的な実行者

漬け物の漬け方が決められていて、材料が用意されれば漬け物を作ることができる

③ ある決まった仕事の実行者

たとえば、能力に応じて、測る、塩をふる、重しを乗せるなどができる

④ その人に合わせてやりやすくした仕事の実行者

たとえば、助けや指示に従って繰り返しの仕事を行うことができる

⑤ 観察者・見張り番

たとえば、塩漬けの水が浮いてきたということを見ることが出来る

⑥ 観察者・助言者

たとえば、自分の漬け物を作った経験を話すことができる

⑦ 観察者・批評者

たとえば、できた漬け物を食べる

⑧ 観察者

たとえば、漬け物を漬ける様子を見たり聞いたりする

認知症を対象にしたプログラムにおいても、その認知機能を活性化する効果がどれだけ発揮できるかは、参加者がどれだけ主体的に決定ができるかということにかかっている。特に、プログラムとしてどんなことをしたいかを決めるのは、できるならば、参加者が自主的に決めることが望ましい。そうした自主性が育っていない場合は、日頃の参加者の行動観察や家族からの情報をもとにして、いくつかの案を提示して選択してもらうのもひとつの方法である。

また、残存機能を生かして、できることはできるだけ自分でやってもらうことが原則である。歌や動作を覚えるような手続き的記憶に関してはかなり重度の段階まで能力が残存しているので、繰り返し学習することによってできるようになることが多い。これが自己効力感を増す良い方法となる。また、大きな課題は、個人の能力にあった小さな課題に分解して成功体験を重ねられるようにする。認知症高齢者を対象にしたプログラムではこうした個別的な対応がより求められるであろう。認知症患者であれば、なおのこと、個人の嗜好性を尊重し、そのプログラムを楽しんで自己効力感を得てもらえるようにする必要がある。

5. 3. 3 家族に対する支援

1) 医療や介護の専門家による相談・助言

認知症の高齢者を抱える家族は介護による身体的負担と心理的問題を抱えている。心理的問題の解決には医師やケアマネジャーなど専門的な助言が役に立つ。認知症の相談窓口の職員には家族の心理的問題に対応できるよう研修が必要である。

2) 認知症に対する関わりかたの学習支援

家族に対する支援として認知症に対する関わり方の情報提供が有用である。家族は認知症の症状の理解や心理的な理解が不十分なことから、認知症の高齢者に対して不適切な対応をしてしまい、本人の混乱や心理的不安定を引き起こしている場合がある。たとえば、意欲が低下していつもの行動をしなくなると、なまけていると非難したり励ましたりしてしまう。また、妄想などの常識にあわない言動に対して反論したり、非難することによって症状を悪化させてしまうことも多い。家族が認知症の症状を理解し、本人に残された残存能力を知り、また心理的な不安や混乱を理解する必要がある。そのことによって、本人が果たせる役割や楽しみを見つけることを促して、それができていることを評価して、本人の自信回復や生活の課題に取り組める心理的状态を作ることが重要である。

表 18. 認知症の方への対処の原則

コミュニケーションの原則

1. 話題を直接関係があることに集中する
2. 指示を簡単なものにする
3. 情報の量を減らして、要点を絞る
4. 小さな情報に分ける
5. その情報をゆっくりとひとつずつ提示する
6. 時間をとって注意をじっくり払うようにする
7. その人の自身の言葉で復唱させる（書いてもらう）
8. 注意を喚起する
9. 周りの騒音を少なくする
10. 手振り身振りを使う
11. 落ち着いた調子で話す
12. 沈黙しても急かさず、待つ
13. よく耳を傾けて何を言おうとしているのか聴き取る

困った行動への対応の原則

1. 日頃からいい家族関係を作っておく
2. 非難や説得は効果がない。誉める、嬉しがる、感謝する
3. 楽しいこと、興味のあることができるように話しかけ、一緒に行動する
4. 問題行動のパターンをしっかり観察する
5. 問題行動の原因を考え、それを取り除くように努力する
6. できるだけ制止せず、冷静に収まるのを待つ

6. まとめ

認知症と脳血管性の障害による認知症の危険因子は中年期からの生活習慣が大きく関わっている。また、アルツハイマー病においては、その主たる病理現象は中年期から徐々に蓄積され、長い期間を経て発病にいたる。アルツハイマー病による認知症においても食習慣、運動習慣、知的行動習慣などの生活習慣が関わっていることが明らかとなってきた。したがって、こうした生活習慣に介入して認知症の発症遅延効果が期待できる。認知症予防の介入研究では、効果の健康期間が長期にわたることや意欲の低い軽度認知障害を持つリスクの高い人たちをランダムに条件を課すということが難しいため厳密な研究計画の下での検証が難しい。現状では、こうした事情から認知症の発症遅延効果を証明する強力な証拠を提示するところまで至っていない。しかし、疫学的な危険因子や短期の介入研究から認知症の発症遅延効果がある程度示唆されており、認知症予防を介護予防の施策として推進しても良いのではないかと思われる。介護状態にある高齢者のうち 60%が認知症を持っている。このことを考えると、認知症の発症を遅らせることが可能であればその恩恵は計り知れない。

認知症発症遅延のアプローチとして、軽度認知障害を持つハイリスク者を対象にして濃密な介入をして発症を遅らせるという特定高齢者施策と軽度認知障害を持つハイリスク者とまだ認知的低下をきたしていない健康な高齢者をもとに対象にして、比較的軽い介入で発症を遅らせる一般高齢者施策がある。認知症は発病にいたるまで長い期間があり、発症遅延化の介入は、脳の神経系が健全で可塑性がある早期の段階からの方が認知症の発症をより長く抑制できるであろうと考えられる。このような観点から考えると認知症予防のアプローチとしては、一般高齢者施策の方をより重視した認知症の予防に関する事業を推進していくべきだと考えられる。

一般高齢者施策では、認知症予防に対する関心を持つ人が自分でコストを負担し、自らが危険因子を減らす行動習慣を身につけることがもっとも望ましい。一般高齢者施策による認知症の予防に関する事業では、認知症の危険因子に関する知識を啓発し、危険因子を減らす行動習慣のきっかけとなる学習の機会や予防プログラムを提供することが必要である。

こうした事業を効果的に推進するためには、まず、科学的な根拠に基づく認知症予防の知識や支援技術をもつ指導者やファシリテーターを養成する必要がある。これらの人材を活用して啓発や学習機会やプログラムの提供を行える社会的インフラが必要である。また、地域支援事業に携わる担当者がコーディネーターとしてこうした社会的資源を活用して事業を推進できるような体制が必要であろうと思われる。

7. 文献

- 1) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth edition Text Revision. 2000. (DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル、高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳 医学書院, 2002)
- 2) Nakamura S, et al. Prevalence and predominance of Alzheimer type dementia in rural Japan. *Psychogeriatrics* 3,3, 2003, 97-103.
- 3) 東京都福祉局 高齢者の健康と生活実態に関する報告書 東京都福祉局 2009
- 4) Yoshitake T. Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: the Hisayama Study. *Neurology*. 1995 Jun;45(6):1161-8.
- 5) 小山恵子 老年期に起こる精神障害 痴呆患者さんを理解する、小島卓也、荻原隆二編 健康体力づくり事業財団、ぎょうせい, 1999, 12-23.
- 6) Petersen RC. *Mild Cognitive Impairment* Oxford 2003, 1-14.
- 7) Petersen RC. Et al. Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neural* 56:1999, 303-308.
- 8) Larrieu S, Letenneur L, Orgogozo JM et al. Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology* 59 2002, 1594-1599.
- 9) Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 349, 1997, 1793-1796.
- 10) Di Carlo A, Balderechi M, Amaducci L, et al. Cognitive impairment without dementia on older people: Prevalence, vascular risk factors, impact on disability. *The Italian Longitudinal Study on Aging. J Am Geriatr Soc* 48, 2000, 775-782.
- 11) Bozoki A, et al: Mild Cognitive Impairment predict dementia in nondemented elderly patients with memory loss. *Arch Neurol*, 58: 2001., 411-416,
- 12) Levy R: Aging-associated Cognitive Decline. *Int Psychogeriatr* 6: 1994. 63-68,
- 13) Ritchie K, et al: Classification criteria for mild cognitive impairment: A population-based validation study. *Neurology*, 56: 2001. 37-42,
- 14) Schroder, J. et al.: Prevalence of mild cognitive impairment in an elderly community sample. *Journal of Neural Transm[Suppl]*, 54: 1998. 51-59,
- 15) Hanninen T, et al.: Prevalence of Aging-associated Cognitive Decline in an Elderly Population. *Age and Ageing*, 25: 1996, 210-205,.
- 16) Rentz DM and Winetraub S: Neuropsychological detection of early probable Alzheimer's disease. In Scnto LFM and Daffner KR ed. *Early Diagnosis of Alzheimer's disease.*, Humana Press, Totowa, 2000. 169-189
- 17) Barberger-Gateau et al. Neuropsychological Correlates of Self-Reported

- Performance in Instrumental Activities of Daily Living and Prediction of Dementia. *Journal American Geriatric Society*. V. 47, 1999. 456-462.
- 1 8) Kalmijn S, et al. Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance at middle age. *Neurology*. 27;62(2): 2004 ,275-80.
- 1 9) Barberger-Gateau P et al. Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. *BMJ*. 2002 Oct 26;325(7370):932-3.
- 2 0) Morris MC, Evans DA, et al. 2002 Dietary intake of antioxidant Nutrients and the risk of incident Alzheimer Disease in a biracial community study. *JAMA*, June 26, 287(24), 3230-3237.
- 2 1) Engelhart MJ, Geerlings MI, et al. 2002 Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer Disease. *JAMA*, June 26, 287(24), 3223-3229.
- 2 2) Orgogozo JM, Dartigues JF, et al. 1997 Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol (Paris)*, 153(3), 185-192.
- 2 3) Lindsay J, Laurin D, et al. 2002 Risk factors for Alzheimer's disease: A prospective Analysis from the Canadian study of health and aging . *American J. of Epidemiology*, 156(5), 445-453.
- 2 4) Yoshitake T, Kiyohara Y, et al. 1995 Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population. *Neurology*, 45, 1161-1168.
- 2 5) Laurin D, Verreault R, et al. 2001 Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*, 58, 498-504.
- 2 6) Wilson RS, Mendes de Leon CF, et al. 2002 Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA*, 287(6), 742-748.
- 2 7) Verghese J, Lipton RB, et al. 2003 Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med*, 348(25), 2508-2516.
- 2 8) Fratiglioni L, Wang HX, et al. 2000 Influence of social network on occurrence of dementia; a community-based longitudinal study. *The lancet*, 355, 1315-1319.
- 2 9) Lazarov O, Robinson J, Tang YP et. al. 2005 Environmental enrichment reduces Abeta levels and amyloid deposition in transgenic mice. *Cell*, 120, 701-713.
- 3 0) Nakamura H, Kobayashi S, et al 1999 Age-changes of brain synapses and synaptic plasticity in responses to an enriched environment. *J. of Neuroscience Res*, 56, 307-315.
- 3 1) Stern Y, Moeller JR, Anderson KE, et al. 2000 Different brain networks mediate task performance in normal aging and AD: defining compensation. *Neurology*, 55, 1291-1297.
- 3 2) 町田市 2004 効果的な介護予防事業に関するニーズ調査報告

- 33) 米原町 2004 高齢者健康基礎調査研究報告書
- 34) Ijzerman MJ, Nene AV 2002 Feasibility of the physiological cost index as an outcome measure for the assessment of energy expenditure during walking Arch Phys Med Rehabil. 83(12):1777-82
- 35) 矢富直美 2004 ファイブ・コグ検査 鈴木隆雄、大淵修一監修：介護予防完全マニュアル. 東京都高齢者研究・福祉振興財団 193-199
- 36) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR 1975 "Mini-Mental State" : a practical method for grading the cognitive state for clinician. J Psychiart Res, 12 , 189-198.
- 37) 加藤伸司, 長谷川和夫ほか 1991 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成 老年精神医学雑誌 2, 1339-1347
- 38) 松本千明 2002 健康行動の理論の基礎. 医歯薬. 東京
- 39) 矢富直美, 杉山美香 2003 痴呆予防の進め方：ファシリテートの理論・技法とその事例. 真興交易医書出版 東京.