

認知症は怖くない！

その予防と対応

2016.9.7

平成28年度市民健康講座

豊岡病院認知症疾患医療センター長
高石医院 院長 高石 俊一

認知症高齢者462万人、新推計で160万人増 認知症 800万人時代の到来

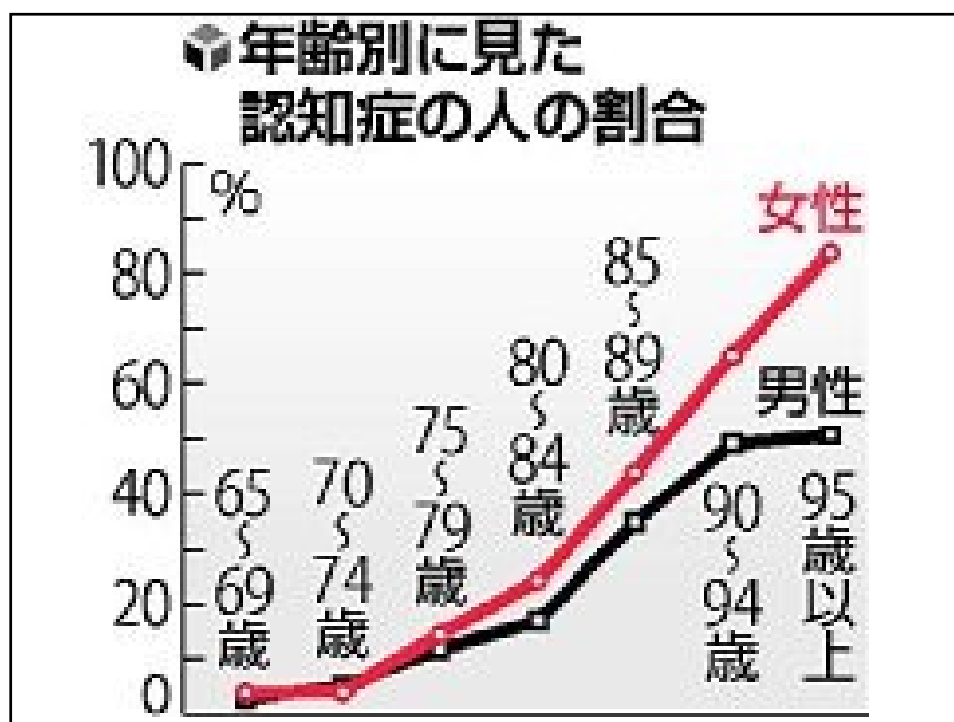
- 全国の認知症高齢者数は、2012年時点で推計約462万人に上り、前年の国の推計より約160万人多いことが、厚生労働省研究班の大規模研究で分かった。
- 認知症を発症する前段階とみられる軽度認知障害(MCI)の高齢者も、推計約400万人だった。
- 正確な診断に基づく全国の認知症高齢者と、その“予備軍”の実態が明らかになったのは初めてで、国の早急な対策が求められる。

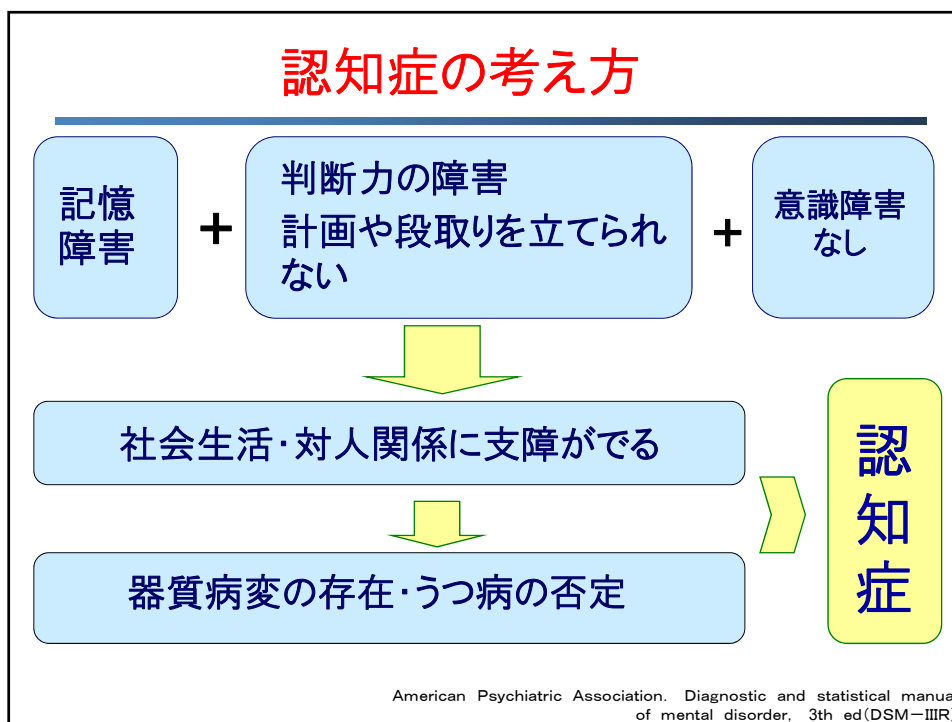
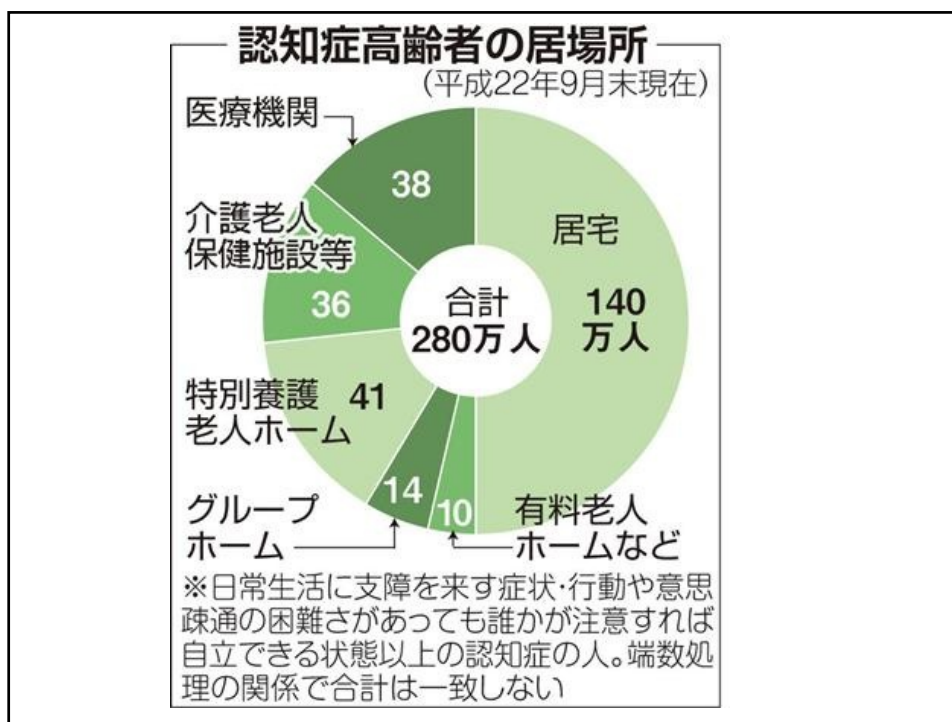
- 研究は09～12年度に全国10市町で実施された。訪問するなどして生活状況を聞き取り、認知機能検査や脳の画像検査を行って、専門医が国際基準に従い診断。認知症の人の割合(有病率)を調べた。
- その結果、65歳以上の人の有病率は15%。認知症予備軍(軽度認知障害MCI)を含めると、約30%に近いことが分かった。

75歳以上で急増する。90歳では約半数に。

☆認知症は特別なことではない

☆他人事でなく、誰にでも起こりうることとして考える





認知症の始まり(初期のサイン)

- ついさっきのことを忘れる、同じことを何度も聞く、しまい忘れ、探し物がよくある
- 電話の取次ぎ・伝達ができない
- 今まで好きだったことに関心・意欲がなくなる
- 服装や身のまわりに無頓着になる
- 今まで出来ていた、計算、仕事・家事・外出などにミスや能力低下が目立つ
- もとの性格と異なってくる、性格の先鋭化
- 自分のミスやわからないことを取り繕う言動

認知症の疑い～軽度の認知症

- 物忘れは物事の一部についてのみ、新しいことが覚えられない、日付や曜日を思い出せない
- これまでできていた仕事、家事、買い物、服薬やお金の管理などができなくなり、周囲の人にわかる
- 身の回りの処理や趣味などはほとんど問題ない
- 知らない所に行くことが困難、急な環境変化で戸惑ったり混乱したりする
- 予定や計画が立てられなくなり、作業の段取りができなくなるなど
- 本人も戸惑ったり気分が落ち込み、うつ病と間違われることがある(「空白になる」という人もいる)

認知症が中等度に進行してくると

- 長期記憶やエピソード記憶の障害がみられる
- 時間や自分のいる場所がわからなくなる 近所でも道に迷う 自宅のトイレの場所が分からない
- 家族がわからず人まちがいをする
- 日常生活能力の低下、衣類の着脱・排泄・食事・火の始末などにさまざまな障害があり、見守りや介護が必要
- 徘徊、幻覚、妄想、興奮、昼夜逆転、暴言、暴力など家族を困らせる言動(周辺症状)が見られることがある
- 介護拒否など、被害感や自己防衛が強くなることも

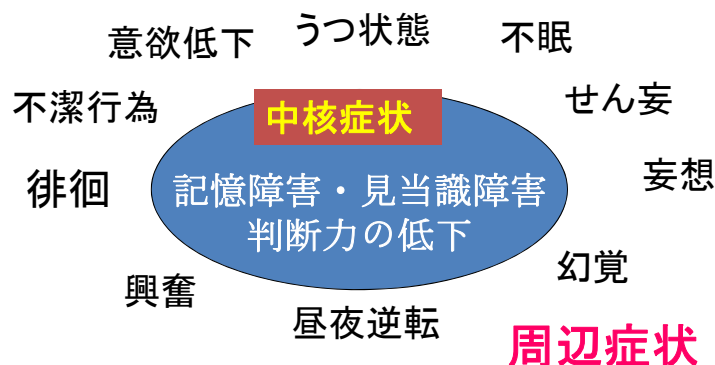
さらに重度の認知症になると

- 記憶は古い記憶のみで断片的
- 尿便の失禁や不潔行為、ゴミや腐ったものを口に入れる(異食)など
- 言葉が通じなくなり、意思疎通が困難 指示に従えない
- 物を見ても名前や用途が分からない
- 身体機能も低下することが多い
- 自発性が低下し、食事や排せつを含めて日常生活能力の著しい低下のため常時介護を要し、目が離せない状態にも
- 食べることを忘れる、食べようとしない
- 自分のものと人のものとの区別がつかないなど

中核症状と周辺症状

認知症の重症度と介護度は平行しない

周辺症状は環境整備や介護の工夫、
薬物療法等で軽減することができる



周辺症状を起こす背景には理由がある

- 徘徊・・・帰るとも言わず出ていき歩き回る 安心できる居場所でないと思う 自分の居場所を見つけようとする
徘徊する人は、以前は働き者が多い
- 「帰る」・・・家に帰る、故郷に帰る、田舎に帰る、昔に帰る、癒しのあるところに帰る
(こんなところにいたくないから)(いい人・・・以前の優しくかった夫や妻や子供、父や母など・・・が待っているから)
(いい人と繋がっていたいから)・・・帰る
- 物とられ妄想・・・大切な人やものを失った経験がある人、ひとりで頑張ってきた人、他人に甘えたり頼ることができない人に出現しやすい
- 人物誤認・・・以前の優しい家族ではなく、私に眉間にしわを寄せて怖い顔をして説教する、このような人は家族ではない 昔に帰っているとき

- **暴力や暴言・・・自尊感情が損なわれたとき**
 - ・ 自分の状態や思いをうまく表現できないとき
 - ・ 無視されたり思い通りに相手が行動してくれないとき
 - ・ 状況把握や判断が出来ず不安なとき
 - ・ 難聴や視力障害があり意思疎通が困難な時
 - ・ 過去のつらい体験を思い出して感情処理が出来ないとき
- **「抑うつ」は家族や介護者の叱責や励まし過ぎで起ることも多い**
 - 死にたい、迷惑をかけて申し訳ない、早く死んでほしいと思っているだろう等
- **介護拒否や介護抵抗は関わり方のまずさが原因**
家族や介護支援者、医療者などを含めた関係者が情報交換し、ケースカンファレンスを行うことが大切

認知症をどう考えるか

- 認知症とは脳神経機能の低下(疾患)とそれによって生じる行動心理症状であるというだけではなく、老化の一類型(自然のプロセス)と考える
- 自尊感情や自己肯定感が傷つき、対人関係や社会関係が壊れていく病態ととらえられる
- 人間関係において、誇りを傷つけられたり粗末にされるとか疎外されることに非常に敏感になる状態
- 対人・社会関係の悪化を背景とした心理的反応として、周辺症状が生まれる
- 人間関係をはじめとする環境要因が良いと周辺症状は出ない。或いは軽減できる
- 一方で、死や病苦などに対する恐怖を少なくする適応の表れとも言える(終末期への準備)
- **認知症介護は「生前供養」である、という考え方も**
参考(推奨本): 「驚きの介護民俗学」六車由実

認知症は治るのか

認知症は治らない。

ではなぜ、早期受診・早期診断が推奨されるのか？

- 全体的な心身の状態から、認知障害悪化のリスクファクターを把握(→予防への取り組みにつなげる)
- 本人や家族の今後の備えや対応を促す
- 心理行動異常(周辺症状)を起こさない対応を指導
- ケースにより、抗認知症薬(進行予防)や周辺症状を安定させる薬物療法がある
- 地域や家族の理解・支援があると進行を遅らせ、周辺症状を起こさない、或いは減らすことができる(環境要因が重要である)ことを伝える
- 本人がその後の人生を有意義に暮らせる。
家族や地域の人にも楽になる。

認知症の予防

- 第1次予防
発症予防・・・まず「生活習慣病」の予防
廃用性の低下を防止する
生活環境の整備や工夫
- 第2次予防
早めの診断・・・現状を認識する
対応方法を本人と周囲で共有
- 第3次予防
進行予防・悪化防止・・・
周囲の対応の仕方ewith変わる
治療や介護の仕方ewith進行予防が期待できる

認知症の一次予防

- 生活習慣病の予防が大切
 - 高血圧・高脂血症・糖尿病などを予防・治療
 - 脳梗塞・脳出血など脳血管障害の予防
 - 野菜や魚、ビタミン類、バランスのよい食事
 - アルコールの飲み過ぎに注意 禁煙
 - 定期的な検診、ふだんからの健康管理
- 廃用性機能低下(閉じこもり症候群)の防止
 - 脳の活性化を図る 頭の体操 心地よい刺激
 - 適度な運動習慣
 - 生きがいや楽しみ、遊び
 - 孤独を避け「うつ」の予防
 - 安心・快適な環境と人間関係
 - 寝たきりにならない、しない工夫

NIAアメリカの国立加齢研究所が勧める

アルツハイマー病予防9つの行動

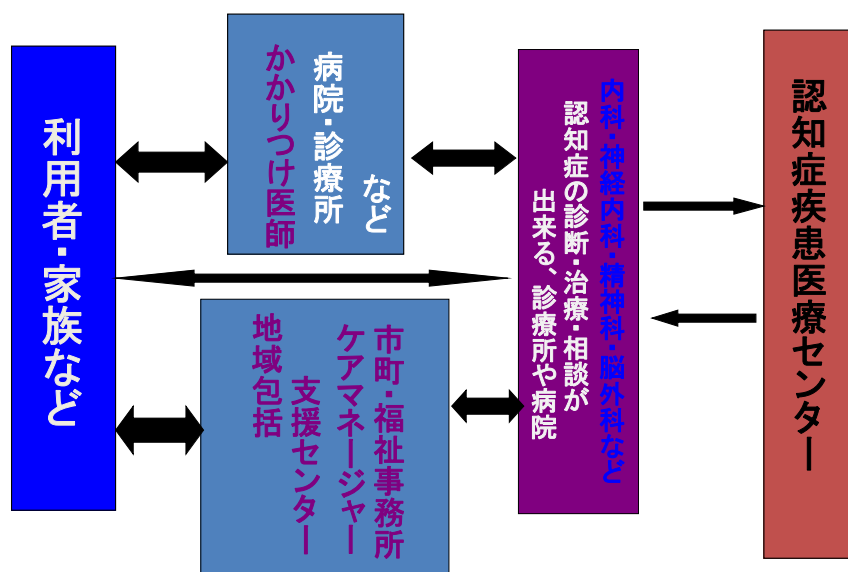
多くの科学者が勧める予防法として9つの行動

- 定期的な運動(有酸素運動)
- 果物と野菜が豊富な健康的な食事
- 社会的で知的な刺激のある活動に参加
- 2型糖尿病の予防と管理
- 高血圧を下げてコントロールする
- 高コレステロールを下げる
- 健康的な体重の維持
- 禁煙
- うつ状態の防止と治療

アルツハイマー病予防の3原則 (NHK ためしてガッテン)

- 有酸素運動をする
- 話し相手を持つ
- 生活習慣病にならない食生活

2次予防 認知症の早期診断



治療が可能な認知障害を生じる疾患

- 慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、正常圧水頭症などの脳外科疾患
 - 脳内出血や脳梗塞
 - 脱水症、低血糖症、甲状腺機能低下症
 - アルコール依存症(ウェルニッケ脳症)
 - ビタミン欠乏症
 - 神経梅毒、脳炎、髄膜炎などの感染症
- これらは早期の治療で回復する

認知症の見分け方(鑑別診断)

- 脳血管型認知症と脳変性性疾患の区別
- 脳出血・脳梗塞などによるものは急性発症が多い。段階的に悪化する傾向。(15～20%程度)
- 変性疾患は、アルツハイマー型が多くを占める
- 鑑別には画像診断が有用(まず頭部CT検査)更にMRI、脳血流シンチ(SPECT)検査なども
- アルツハイマー、脳血管型、レビー小体病、前頭側等型等いろいろなタイプが混在・合併している場合も多く、鑑別診断が難しい場合も
- 認知症のタイプで病状経過や治療法が異なる
- 経過を見ながら診断がついてくることもある。

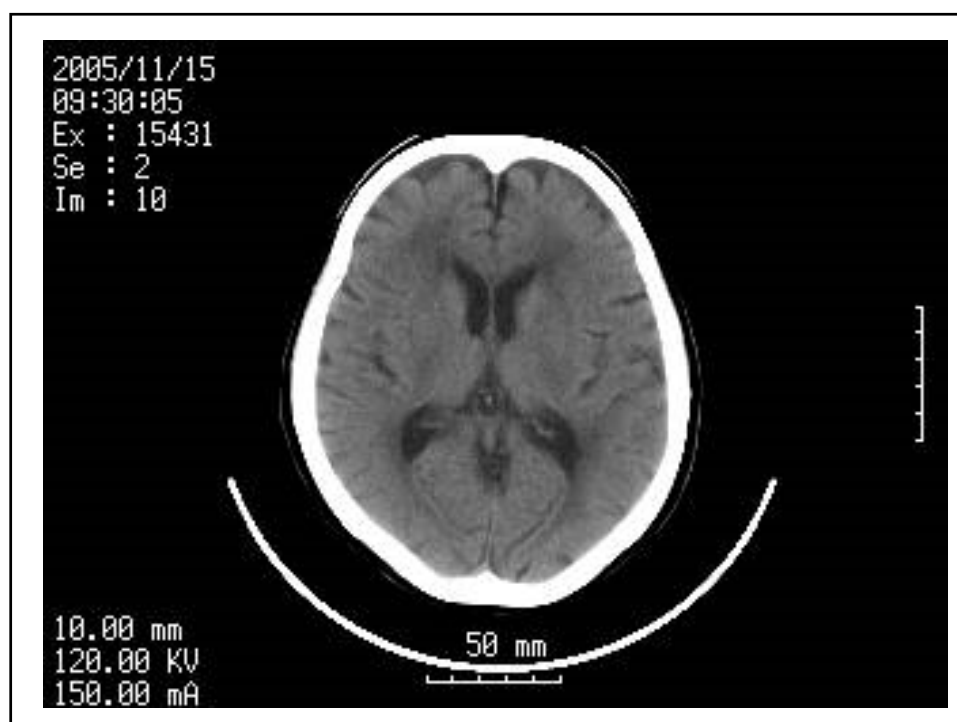
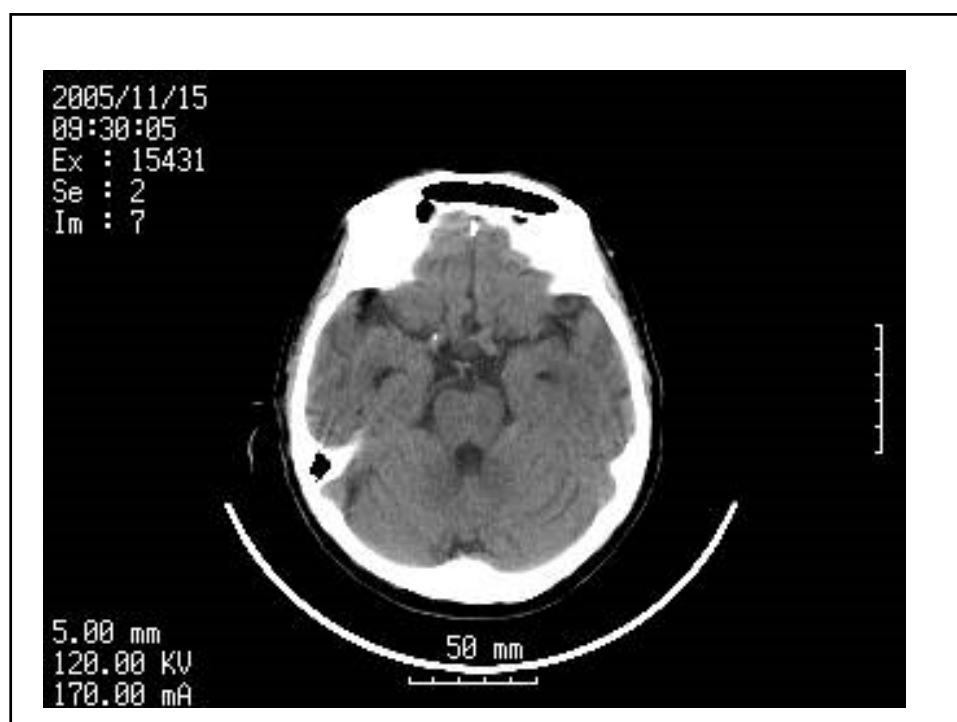
認知症を生じる脳変性疾患

- ・ アルツハイマー型認知症
最も多く外来診察例の50～60%を占める
- ・ レビー小体病(歩行失調・幻視などを伴う)
- ・ 前頭側頭型認知症(認知機能低下は目立たないが
同じ行動を繰り返すなど)
- ・ 意味性認知症(失語や物の名前が分からなくなる)
- ・ パーキンソン病、皮質基底核変性症、脊髄小脳変
性症などに伴う認知症

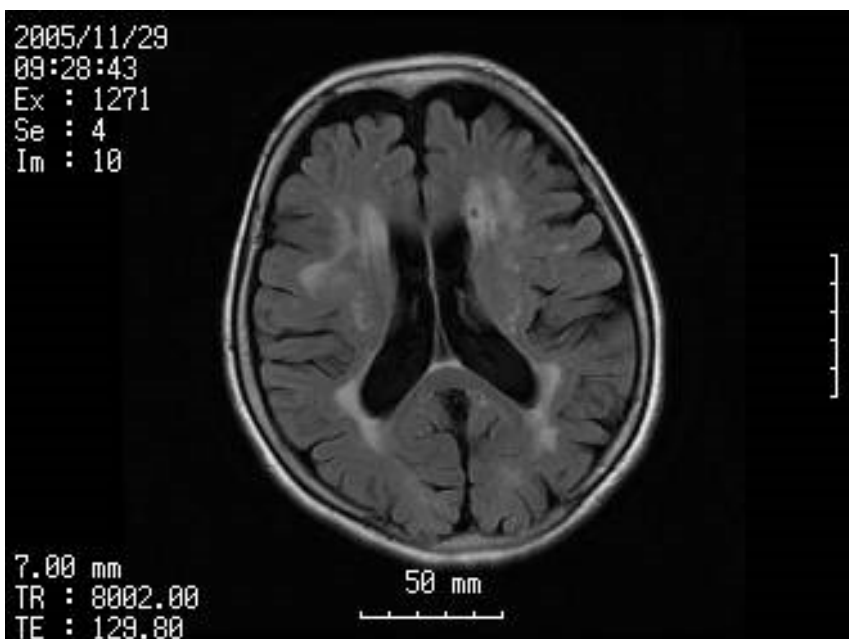
これらは特有の神経症状、運動障害を伴うことが多い
若年(64歳以下)発症も見られる

事例-1 74歳女性 脳血管性認知症

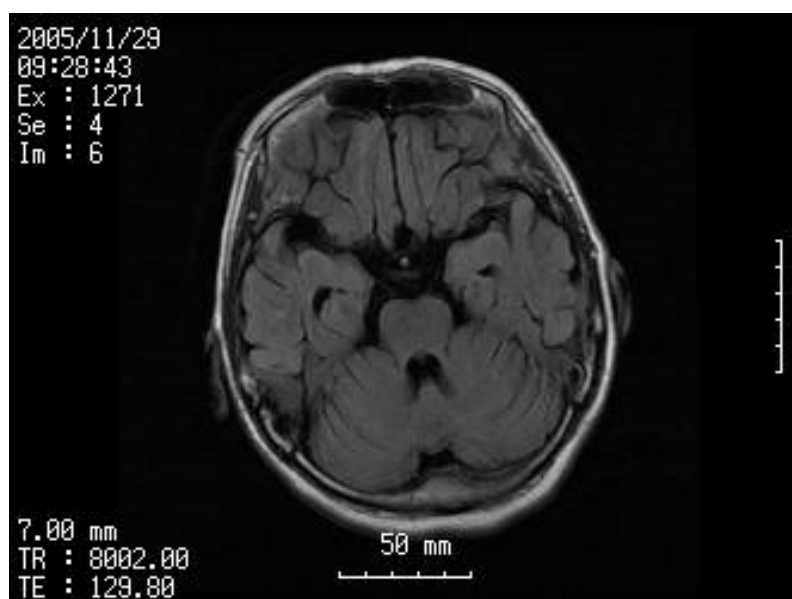
- ・ 内科開業医より紹介され初診
- ・ 既往症:C型肝炎、高血圧症
- ・ 服用薬:バイアスピリン(脳梗塞予防薬)
レニベース・カルスロット(降圧薬)
- ・ 1年前から物忘れがあったが最近目立つ。身の周りのこ
とや畑仕事は出来るが曜日がわからない。炊事もできる
が指示しないとメニューが浮かばない。
- ・ 意欲が低下し、高齢者の元気教室へは週2回行くが居
眠りが多い。
- ・ 即時記銘4/5 野菜10個、魚12個、5分後再生3/5
- ・ MMSE=21点/30点満点(軽度の認知症を示唆)
- ・ 腰痛あり、杖を使っているが介護不要



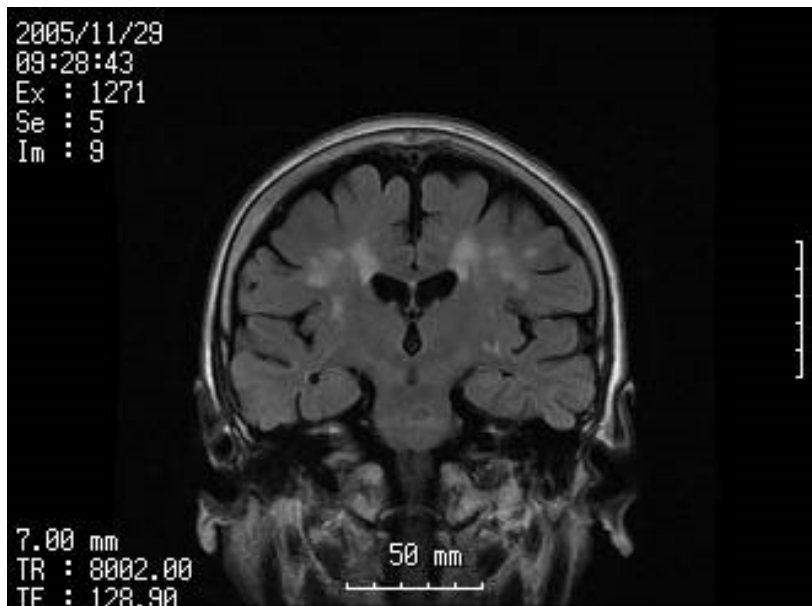
[認知症症例画像MRI](#)



[認知症症例画像MRI](#)



認知症症例画像MRI



経過

- 脳循環改善薬処方 28日分
- 服用後、「言葉の間違いに気づくようになり、少し良くなった」と家族談。「物忘れが軽くなった」と本人もいう。
- 同処方継続 2ヵ月後肝炎治療で3週間入院したが困ることなく、安定している。
- 畑仕事も毎日して、気力が出てきたという。
- 同じことを何回も言うなどは相変わらずある。症状に波があり、良かったり悪かったりしている。(脳循環の影響と説明)

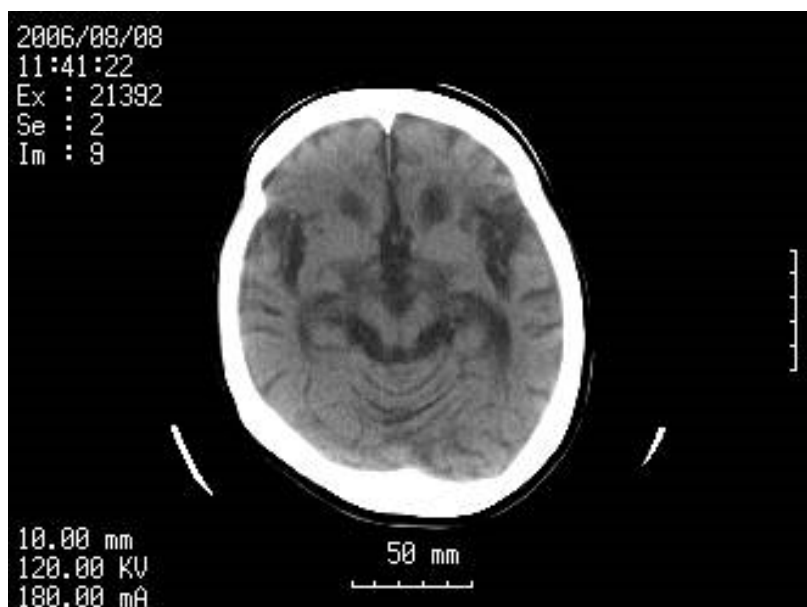
事例-2 54歳女性 若年性アルツハイマー病

- 3年前にひどく精神的ショックを受けた事があり、それ以降、言葉が出にくく、会話がまとまらなくなり、物忘れも多くなってきた。このとき精神科受診したが、神経症として精神安定剤処方され、一時的に落ち着いた。通院は2回で中断し、認知機能の検査は行われなかった。
- その後、物忘れがひどくなり、家庭のことは殆ど何も出来ない状態となり、最近では、物を隠したりテレビに対して話しかけるようになった。
- 一人でいるときは寝てばかりいて家事もせず、近所の人との交流は殆どない。
- 既往症 子宮筋腫手術(35歳)

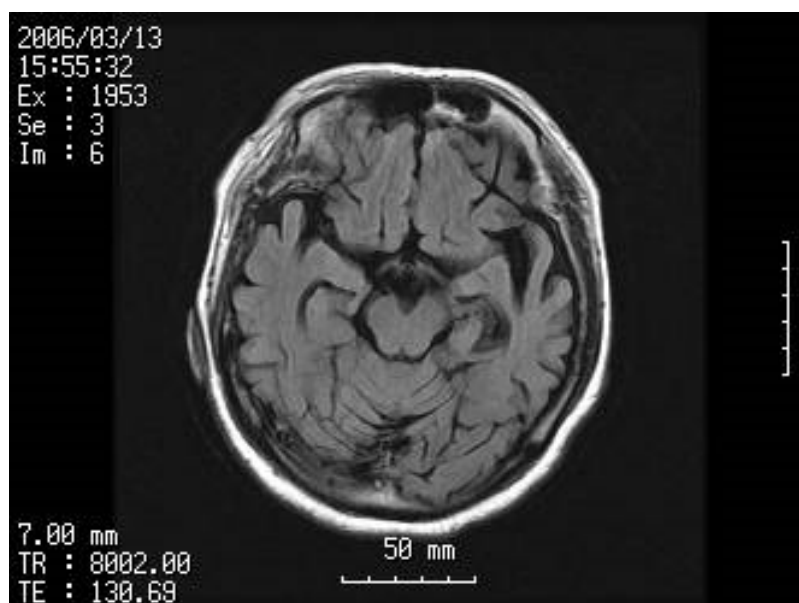
初診時の様子

- ニコニコして穏やかだが、年齢や生年月日を尋ねても返事ができない。
- 認知機能テストMMSE＝10点/30点満点
文章を書いたり、図形転写ができない。
100－7の計算が出来ない。
日時や今いる場所も言えないなど。
- 身長、体重測定、採血などの指示には従うことが出来る。
- 血液生化学検査(血液検査)は 異常なし

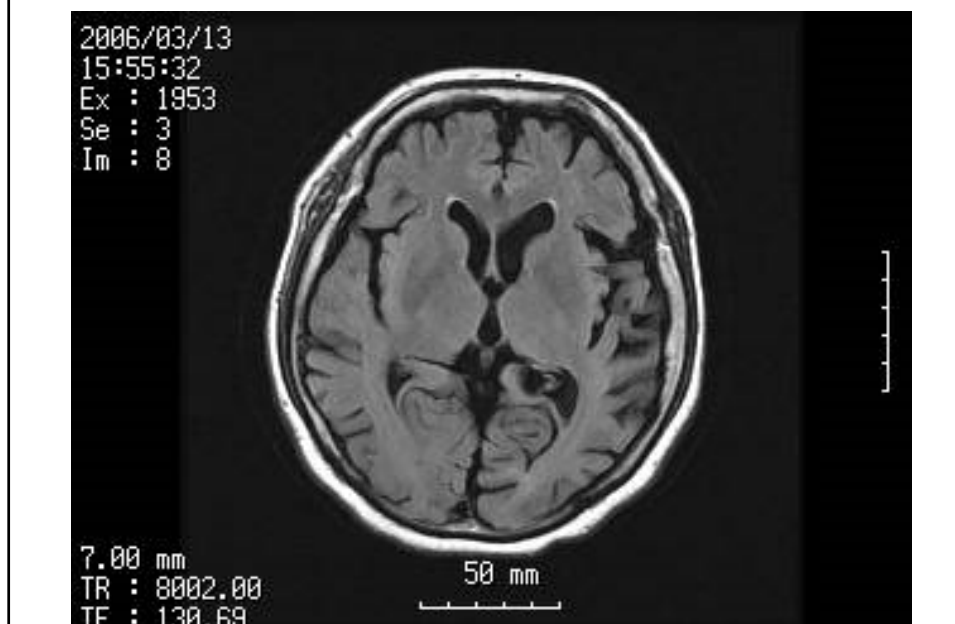
- 認知症症例画像CT



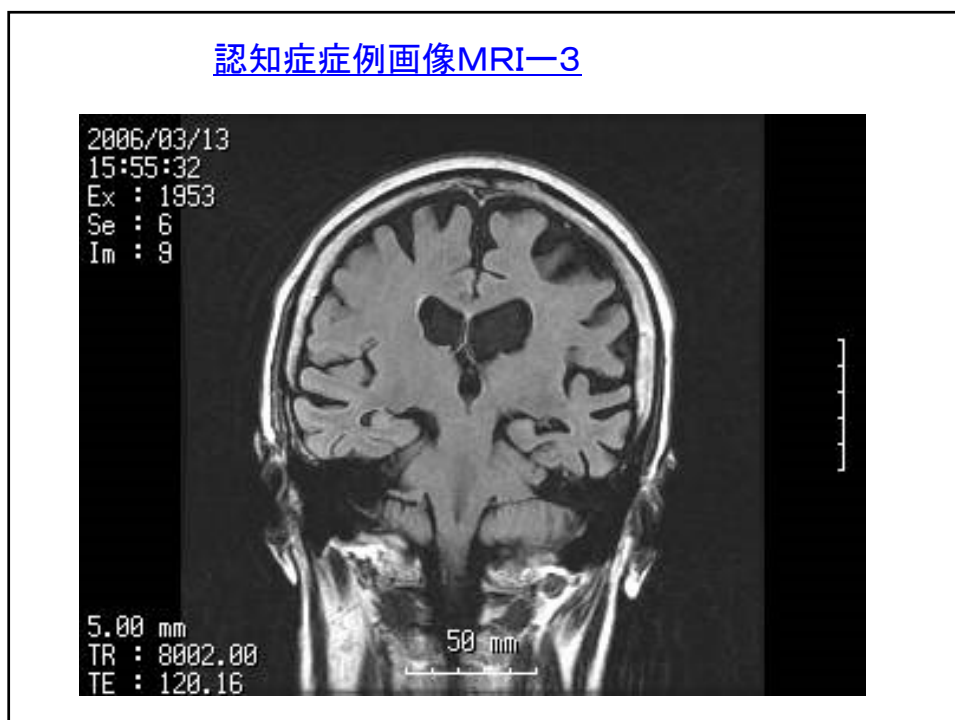
認知症症例画像MRI.-1



認知症症例画像MRI-2.



認知症症例画像MRI-3



経過

- ・ 記憶力 即時記銘0/5 魚1個のみ
- ・ 夫や息子に頭部MRIの説明を繰り返し行う。
- ・ 進行予防のため、塩酸ドネペジルの処方開始
- ・ 薬をのみ始めて、日常生活能力に改善傾向が見られる。風呂にひとりでは入れるようになった、意欲も出てきた、人に会うのを嫌がらなくなったとのこと。
- ・ テレビを見て放送の中身に一体化してしまい、事件報道を見ると沈んで暗い表情になる。
- ・ デイサービスなど勧めるが、夫がマンツーマンで看っており、散歩などさせている。
- ・ 歯磨きなど、口腔ケアが出来なくなる。

1年後の状態

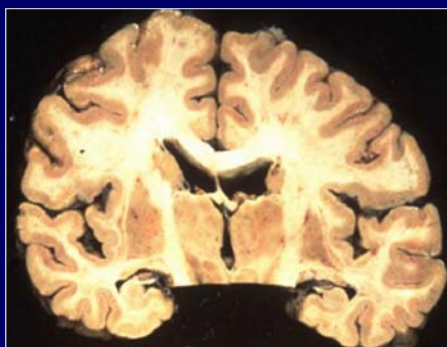
- ・ 日中は、働きかけなければ寝ていることが多い。自発性が低下しており、家事はしたくない。
- ・ 夫がほぼ毎日家事を手伝わせたり、散歩させたり自転車こぎなどの運動をさせている。
- ・ 対人関係は、会話が混乱して出来ないため、交流を避けている。
- ・ 外出時は緊張するようで、頻尿がある。
- ・ 言葉が出てこず、物のしまい忘れが多く、昔のことをクヨクヨ言うことがある。
- ・ デイサービスを勧めるが、地元の施設は利用しにくいとのこと。→その後は介護保険サービスも利用（現在は特別養護老人ホーム入所中）
- ・ 障害基礎年金を申請・受給、自立支援法による通院医療費の公費負担制度や精神保健福祉手帳を活用している。

JAAD

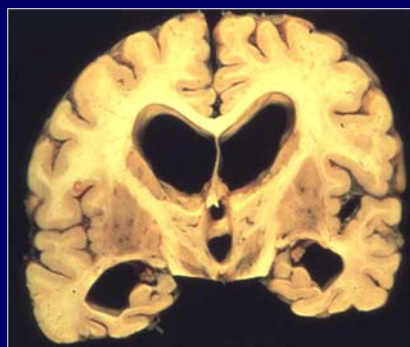
アルツハイマー型認知症の脳萎縮



正常コントロール



アルツハイマー型認知症

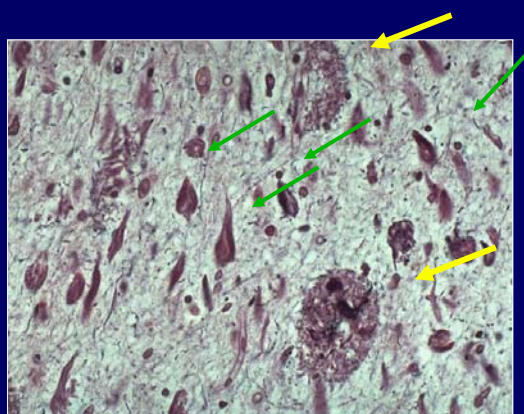


〈原図〉金沢大学 神経内科 山田 正仁

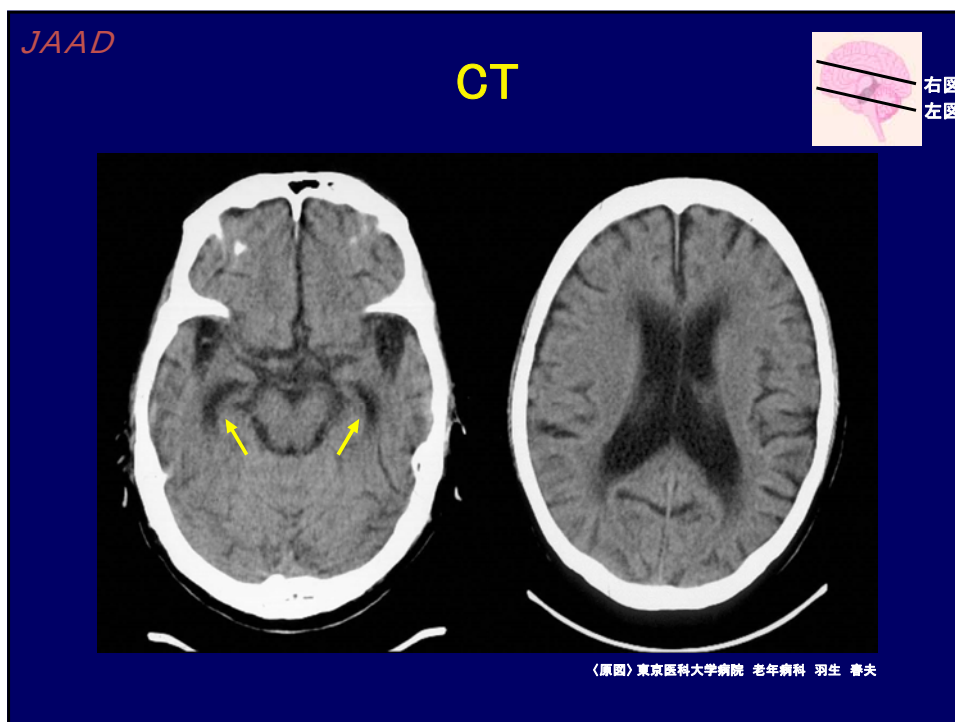
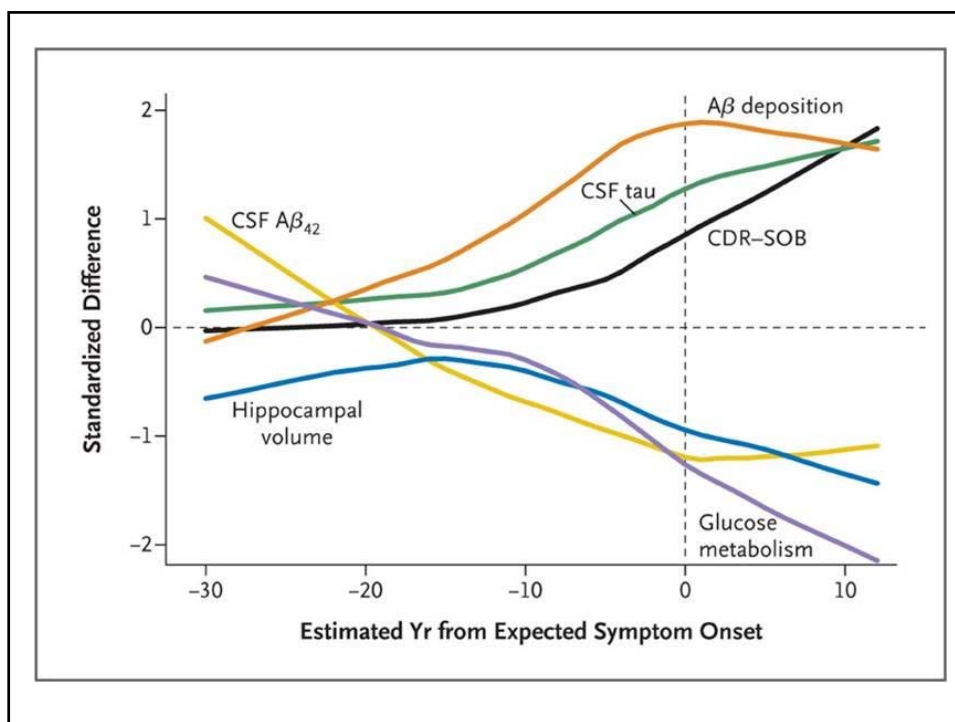
JAAD

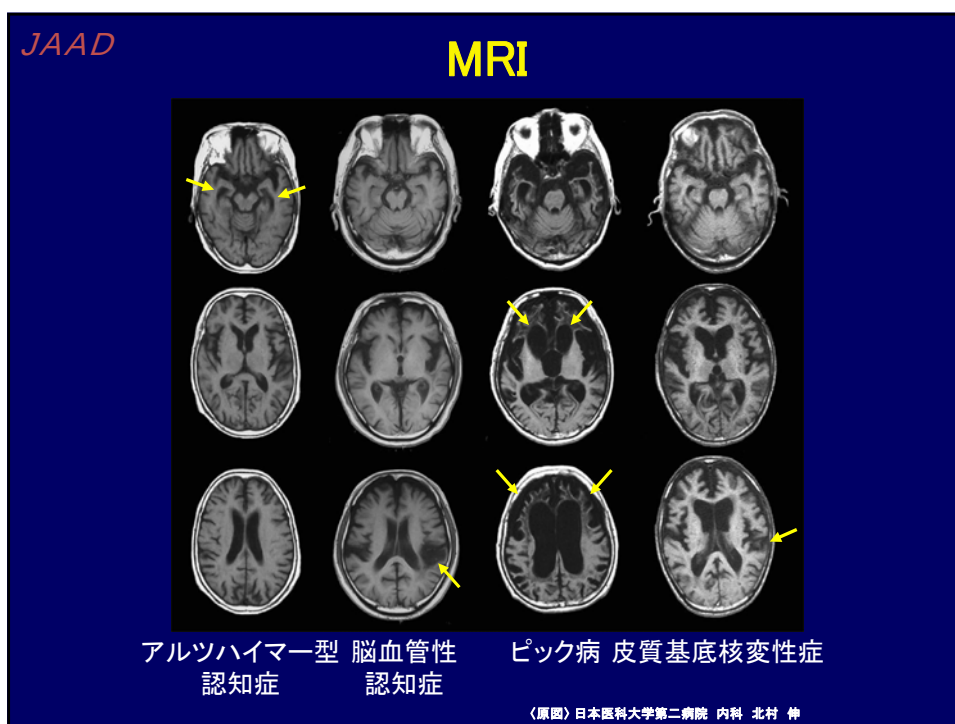
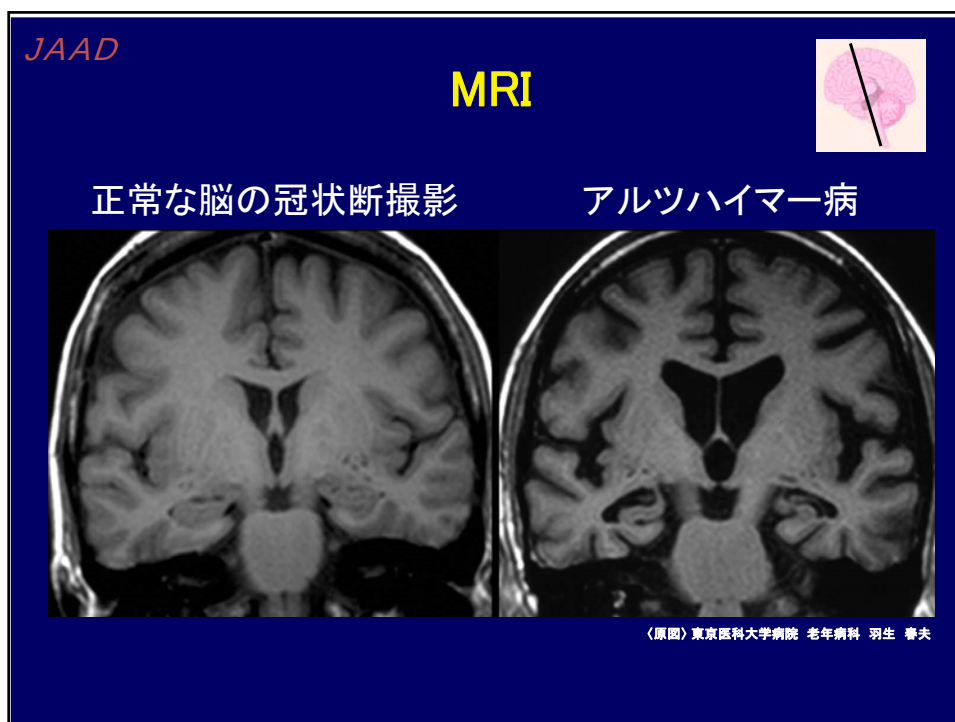
アルツハイマー型認知症の脳病変の特徴

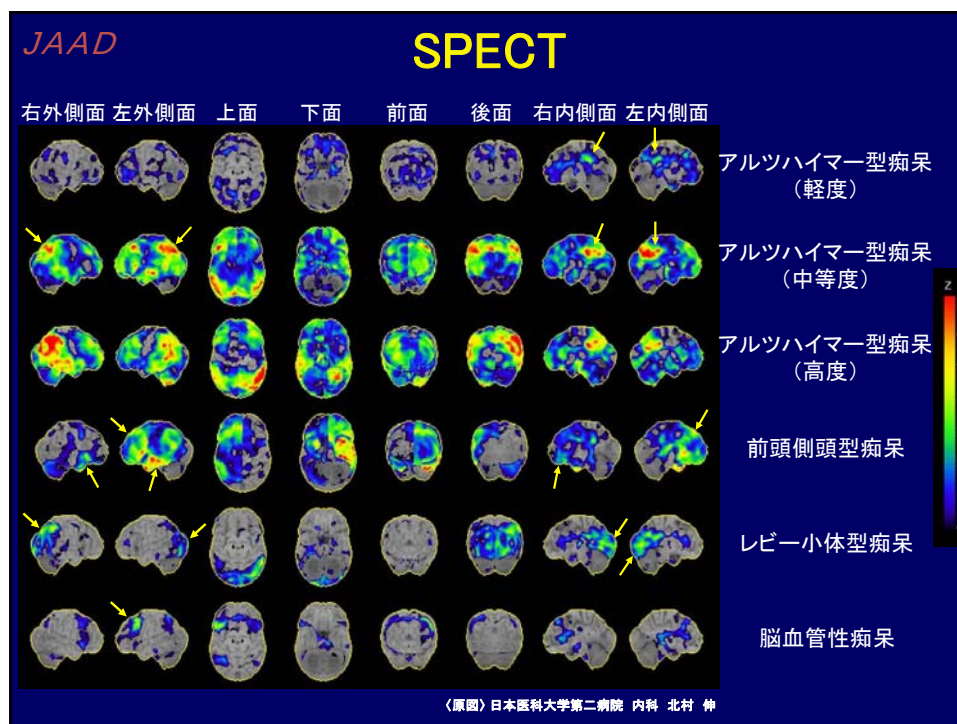
- ①老人斑(主成分:アミロイド・ベータ蛋白($A\beta$))
- ②神経原線維変化(主成分:異常リン酸化タウ蛋白)
- ③神経細胞の脱落



〈原図〉金沢大学 神経内科 山田 正仁







事例-3 85歳女性 アルツハイマー型認知症

- X年7月 初診。「蛇に見えた」という理由で電気コードをハサミで切断。「サーカスの人が入ってきた。」などと興奮して、何度も息子の勤め先に電話してくるなどがあり、かかりつけ医から紹介あり、当科に受診。
- 2年前に夫死亡 物忘れが目立ち洗濯物を冷蔵庫にしまう等があった。また、骨折で整形外科入院中に幻覚症状が出たことがあるとのこと。
- 「言うことを聞かないと蛇を家の中に入れられる。町長や村の役員に音を出したらあかんと言われて外へも出られない。」などと被害妄想的。
- MMSE=20点で記銘力や計算力、日時の見当識が低下、図形模写が出来ないなど。CT画像含めてアルツハイマー型認知症の可能性が大きい。幻視の他に妄想も認め、塩酸ドネペジル(アリセプト)と抑肝散を処方
- MRI検査は骨折があるため出来ず。SPECT(脳血流シンチ)実施してアルツハイマー型認知症の診断確定。
- X年8月 蛇は見えなくなった。「村の役が変わったから。」と解釈
- X年9月 蛇は全く出てこなくなって安心し落ち着いて暮らしている。
- ときに近所で停まっている車に「とんがり帽子の人が乗っている」などと言うことがあるが、興奮や混乱はない。紹介元の開業医に治療継続を依頼して当精神科治療は終了。

事例-4 78歳女性 うつと認知症の合併例

- X-1年9月初診 夫が外科手術で入院中、息子夫婦や孫と暮らしているが、物のしまい忘れ、料理の仕方がわからない、また、同年春ころから近所の人が悪口を言うと訴え意欲低下、引っ込み思案になっている。
- MMSE＝18点/30点満点（軽度の認知症）、頭部CTでアルツハイマー変化あり。精神安定剤と抗認知症薬ドネペジル処方
- 2ヵ月後、被害妄想はなくなり意欲・食欲が改善してきたものの、夫が退院してきた後も炊事もあまりせず、抗うつ薬追加する。
- 6ヶ月後頭部MRIと脳血流シンチ(SPECT)検査実施。アルツハイマー型の診断確定し、抗うつ薬中止。デイサービス開始。
- 8ヶ月後、とても元気が出て家事をいろいろとしてくれるようになった。夫が上手に対応できるようになり、叱ったりせず、指示したことはできるので、それを認めてあげることで安定したという。
- 認知障害の進行は目立たず安定して、意欲も出ており、服薬はドネペジルのみ継続中。

認知症の診断と治療 留意すべきこと

- 早期発見・早期診断・治療が望ましい
→2次予防・3次予防に取り組む
- かかりつけ医での早期相談、診断と治療
- 必要時には専門医の診断と治療方針の選定
- 認知症は「治らない」が、「生活の質」を考えた
治療・介護を根気よく続けること
- 介護保険制度など福祉制度、各種の社会資源の活用が有効
- 家族や介護者の苦悩軽減や介護知識獲得を支えていくことが大切
- 近隣の見守りと支援 認知症カフェ、家族の集い、家族教室、「認知症の人と家族の会」などの活用

かかりつけ医・通院治療の意義

- かかりつけ医が心身の状態を全体的に管理
- 認知症の早期発見と診断
- 薬物療法による症状の改善・軽減・進行予防
- かかりつけ薬剤師の活用も
- 家族指導によるケアの安定
- 介護サービスの活用など助言
- 介護保険の主治医意見書の記載
- デイケアや訪問看護、訪問リハビリなどの導入
- 地域ケアスタッフ(ケアマネージャー等)との連携
- 口腔ケア・嚥下障害への支援・連携
- 終末期を含めた、かかりつけ医としての関与



認知症高齢者の現実 ～まだまだ多い陥りやすい誤解と偏見～

- 認知症になると、悪くなる一方でどうしようもない
→医者に行っても仕方がない、治す薬はない、と放置
- 認知症にだけはなりたくない、なってほしくない病と考える
→家族や介護者に、焦りや苛立ち、抑うつを生じやすい
- 周りの人は大変だけど、本人は何も分からなくなるのだから楽
→話しかけない、情報や役割を与えない
→役割を奪われ、することがなく居場所を失いやすい
→声掛けや関わりが減り、不安で孤独な世界に追い込まれる
- 家族や周囲の人は、つい、間違いを指摘して叱ったり、「しっかりして」と励ましたり説教したりしがちに
→日常的に叱られたり注意され続けるというストレスを抱える
→ことが多く、認知症を悪化させたり不安定にする

現在わかってきたこと

- 頭はボケても、心(感情や自尊心)は生きている
- 接し方や対応方法、環境要因が重要で、それによって良くも悪くもなる。
- 地域や家族の「理解・支援・つながり」があると進行を遅らせ、心理行動異常(周辺症状)を減らすことができる。
- 本人がその後の人生を有意義に暮らせる。家族や地域の人にも楽になる、前向きに暮らせる。
- 認知症の予防も可能(予防にもいろいろある)
- 治らないが、進行を遅らせる薬や、周辺症状を安定させる薬がある

認知症高齢者への接し方・介護の基本

- ・ 失われた能力を追いかけない。
- ・ 出来ないことを要求しない。
- ・ 指摘しない、叱らない、説教しない、問い詰めない。

これが一番大切。

これを無視すると、感情興奮や攻撃的言動、拒否、徘徊、抑うつなどの周辺症状が出現、認知症の悪化がおこる。

- ・ 残された能力、健康で前向きな能力を活かす。
- ・ 尊厳(プライド)ある生活を実現する。
- ・ あきらめて放置しない。心地よいと思われる刺激を提供する。
- ・ 「なじみの関係」や「なじんだ暮らし」を維持する。
- ・ 「知恵くらべ」 看護・介護の工夫を共有。
- ・ 家族、地域、介護者同士の支えあい。

認知症高齢者ケアのコツ

- ・ できることを見つけてあげて、認めてあげる、ほめる、役に立っていると感じてもらう。
- ・ 生きがい、やりがい、報酬系を提供する
- ・ 見つめる、話しかける、スキンシップと笑顔、寝たきりにしない、でやる気も出る(「ユマニチュード・ケア」も参考になる)
- ・ 声掛けと交流(コミュニケーション)で安心
- ・ 非言語的コミュニケーションも大切で有用
- ・ 認知症(高齢者)でも楽しく過ごせる環境を身近な場所に作る
こと サロン、たまり場、手仕事や趣味の集いなど
- ・ デイサービスやショートステイ、ホームヘルプなどを利用。
- ・ できるだけ在宅で。入院は短期間で。長期入院を回避。
- ・ 介護者の苦勞に共感して支えてあげること

対応や介護の考え方 具体例など

健康な部分に働きかけてそれを改善し維持することが大切
本人のプライドを損なうようなケアを行っていないか、常に点検する。押しつけの強制的ケアは認知症を悪化させる。

- ・ 見当識障害や作話などの事例

(例) 年齢は52歳と言い、デイサービスを学校という85歳のお年寄り

85歳であるということや介護施設に通っているという現実に引き寄せようとする(その人にとって存在しない世界を押し付ける)のではなく、その人の世界に入っていく同調することから始める(若い頃にしていた仕事、趣味、出身地など)

- ・ 食えること

食器の工夫(訪問の事例)

食事の提供の仕方を工夫

- ・ 徘徊

家族の知恵・工夫もいろいろ

安心して徘徊できる地域・街づくりとは

- ・ 介護用具、ハイテク機器などの活用

排せつの介護

モジュール型車いす

各種のセンサー機器、IT機器などの活用

- ・ 認知症のタイプ、程度により特性がある

海馬が司る記憶機能や判断力などは、機能低下が進んでも、視覚情報の後頭葉、聴覚機能の側頭葉1次聴覚野は比較的衰えない

ホワイトボードに情報をまとめる、照明、立体表示など、目に見える形で(視覚的に)わかりやすくすることも有効
耳慣れた歌や民謡、音楽などを聞くと落ち着く

初期認知症の本人の気持ち

- これまでの自分と違う
- 暮らしの中で「分からない」ことが多くなる
- 認知症かもしれないが、考えたくない
- 認知症かもしれないが、そう思われたくない
- 何か変な感じで戸惑う、不安になる、恥のかきどおし
- いつも出来ていたことがうまくできないために焦る、落ち込む、イライラする
- 私はどうなっていくのだろうか、自信がなくなる、途方に暮れる
- 誰かが悪さをする(物とられ 被害妄想的な考えに)
- 不安や気分の落ち込み、孤立感

本人と共に、気持ちに沿って

- 一番困っているのは本人であり、困っている理由があり、周囲の人の支援や声掛けが大切
- 本人なりの思いや能力を持っていて、それを生かしたい、役に立ちたいと思っている
- その人の生活、人生を全体的にとらえてQOL(生活の質)を高めること。
- 地域と人のつながりの中で、自分らしく暮らす、仲間がいる、生きがい、楽しい、希望などが大切
- 認知症になっても穏やかに老いて、天寿を全うできること、そのような福祉文化や地域づくりが重要
- 出来るだけ身体拘束・薬物使用しないケアを支援

現在の認知症当事者(本人)と将来認知症になるあなたへ
若年性認知症本人・認知症当事者の会
「3つの会」代表 佐藤雅彦

私は2005年にアルツハイマー型認知症と診断されました。当時の私はアルツハイマー型認知症になると、なにもわからなくなると思っていました。自分が認知症になり、できないことも増えましたが、できることもたくさんあることに気がつきました。

できないことで、一番困ることは新しい場所に一人でいけないことと、時間の感覚がないことでしたが、一番知りたかったことは、これからどうなり、どのように生活していけばよいかわかりませんでした。今は症状は安定しています。そのために認知症になって感じたことをのべます。

- ・認知症になっても、できなくなることも多いが、できることもたくさんある
- ・認知症になると不便なことが増えるが、決して不幸ではない。
- ・認知症になっても、絶望することなく、生活の仕方の工夫を紹介して、希望を持って生きる。
- ・認知症になっても、人生をあきらめない。
- ・認知症への偏見は認知症当事者も信じて生きる力を奪うので、この偏見をなくしたい。
- ・認知症になったからこそ、他人を気にせず、自分の好きなことをしてもらいたい。
- ・不便さを乗り越えて、自分の生活に張り合い持つように工夫して、充実した人生を送ってもらいたい。
- ・私の生き方を参考にして、自分らしく生き方を模索して、残りの人生、悔いのないよう生きてほしい。

- ・私は、認知症になってから、新たに覚えたことがたくさんあることを伝えたい。
- ・失った機能を数えたり、歎いたりするのではなく、残された能力を信じて、悔いのない人生をおくってもらいたい。
- ・認知症になっても、認知症に負けない人生をおくってもらいたい。
- ・新しいことでも、始める前からできないだろうと思わず、まずはじめてみて、過度にストレスを感じるようだとやめる。
- ・認知症当事者は何も考えられない人ではなく、豊かな精神活動を営むことができる人ととらえてほしい。
- ・認知症当事者を介護の対象だけの存在ではなく、私たちが形成する社会の一員とみとめて欲しい。
- ・他人と比較することなく、なにができなくとも、自分は価値のある尊い存在だと信じて生活してもらいたい。

- ・辛い厳しい試練にあうかもしれないが、かならず脱出の道があると信じて生きてほしい。
- ・試練におしつぶされるのではなく、積極的に生きて欲しい。
- ・パソコン、携帯電話をうまく生活にとりいれ、生活に不便を感じない実例をしめしたい。
- ・私の生きる姿をとおして認知症当事者が希望をもって生きる姿をしめしたい。
- ・認知症が進行する前に、旅行、コンサート、芝居などに行き楽しい思い出をたくさん作り、人生を楽しみたい。
- ・ボランティアを通じて、社会に貢献していきたい。決して認知症当事者は社会のお荷物的存在ではないことを示したい。
- ・毎日を生かされているのが、今日が生かされている最後日だと思い、感謝して過ごすこと。

※『3つの会』は「つたえる」「つくる」「つながる」のキーワードの頭文字をとって名づけられました。認知症と生きる人のための会3つの会→検索3つの会@WEB<http://www.3tsu.jp/>

まとめ

- 認知症の人とうまく付き合う(折り合う)ためには、認知症を理解することが大切
 - 認知症の人のつらさや不安を理解
 - 陥りやすい誤解や対応方法に気を付ける
 - 認知症を有する本人だけでなく、家族・介護者への理解や支援が大切
- 本人や家族は深刻にならず、まずまずの生活・幸福感のある人生を目指す
- 予防活動にはいろいろあり(1次～3次予防)、誰でもいつからでも始められる
- 一人で悩まず、抱え込まずに人に頼ること、様々な社会的サービスを利用することが大切