
老年期認知症の心のケアを目指して

～神経心理学的視点から～

Toward a mental care for senile dementia
～ from a neuropsychological viewpoint ～

専修大学経済学部・大学院文学研究科／教授

宮森 孝史*

はじめに

認知症とは症候群であり、機能障害としての中核症状とそれから派生する周辺症状が複雑に絡み合い多様な臨床像を形成した姿とみることができる。実際には、周辺症状が周囲の人が困ることの原因となるため、特にケアを考える場合、周辺症状に目が行きがちとなる。しかし、周辺症状とは、背景にある機能障害が引き起こした結果とみることができ、機能障害の正確な把握こそがケアを考える際重要になってくるといえよう。認知症の中核症状としてとらえられる認知障害は、同時に神経心理学の中心テーマでもある。今回は、ケアと神経心理学の2つの視点から認知症を見て行くことにしたい。

1. 認知症のケアに必要な視点

認知症の周辺症状といわれているものは、精神症状や日常生活活動上の行動障害として現れるものである。それらは、中核症状に心理的、状況的、あるいは身体的要因が加わって二次的に生成されるものであり、認知症を持っている全ての人に表れるわけではないし、その表現のされ方にも個人差がある。ここに、周辺症状と向き合う際の困難さがある。

ケアという用語は、医療的にいえば、治療困難な慢性疾患に対する医療的な対応を指す言葉とみることができ、その意味ではリハビリテーション（以下、リハ）の意味を含むということもできる。認知症をリハの視点からみれば、認知症の障害学的記述が可能となり、そうすることで、問題行動という曖昧な表現で語られることの多い周辺症状のケアを考える際、より具体的対象として整理しやすくすることが可能となると考えている。すなわち、機能障害としての認知症、能力障害としての認知症、社会的不利としての認知症である。リハの分野では、障害の記述を新しく変えた（出来ない視点から出来る視点への変更）が、認知症のケア、障害学の立場からみれば、旧来の表現の方が理解し易いように思える。

また、認知症を神経心理学的に考えるということは、認知症を機能障害すなわち認知機能の障害としてとらえることを意味する。認知機能のどの領域に障害があり、その重症度はどの程度なのか、また、どの領域は保たれているのか、すなわち一個人の認知機能の変化の姿を正確に評価することが必要になる。こうすることで、周辺症状とされる問題行動の具体的記述、客観化が可能となり、認知症のケア、リハの可能性が見えてくると考えている。

* 現) 東海大学文学部・大学院文学研究科／教授
Takashi Miyamori, MA: Professor, Department of Psychological & Sociological Studies, Graduate School of Clinical Psychology

2. 認知障害とは

心理学では、認知を情報処理過程に関わる全ての機能を含む総体としてとらえている。すなわち、刺激の入力・処理（感覚、知覚、注意、記憶、言語、学習、思考など）から出力（情動、行為、遂行など）に至る過程にかかわる諸機能の総体である。従来、神経心理学の領域で対象とされてきた重要な臨床症状は、これらの一機能（認知の構成単位としての下位機能）の障害像としてとらえられてきた。すなわち言語機能の障害には失語症、知覚機能の障害には失認症、記憶機能の障害には健忘症という用語をラベルしてきた。そしてこれらの障害に対するリハの基本は、障害を受けたと考えられる機能を直接の対象とし、対症的アプローチが取られてきた。しかし、このようなアプローチには限界があり、異なる視点からのアプローチが要請されることとなり、認知的視点の重要性が指摘されるようになってきたのである。そこで重視されるのは、認知障害、すなわち脳の機能になんらかの障害（変化）が生じた場合に起きる共通の特性を理解することである。長年脳損傷のリハに携わってきた立場から、これらの特性を以下のようにまとめることが出来る。

- 1) 情報処理能力（処理量）の変化：ある量を超えることを要求されると、それまで出来ていたことも含め、すべてが出来なくなる→提供する情報量を調整し、最初からやり直す。
- 2) 処理速度が硬い：もっと速く、もう少しゆっくり、に対応できない→予測困難な事態での臨機応変の対応が困難。
- 3) 抽象度の高い（複雑な）状況で混乱し易い→具体化した状況に環境を整理する。
- 4) 選択肢が多いと、それだけで混乱する→選択肢を減少して確認する。
- 5) 一度処理された反応に誤りがあっても気づくことは少ない：知覚の能動性→誤り（結果）の指摘ではなく、誤りに至る過程を共に再確認する。
- 6) 無刺激な状況に置かれると、誤った処理系が作動することがある→誤認、幻覚、妄想の発現機序のヒント。

脳損傷のリハには、これらの特性に加え、一機能に特化した機能障害（失語症、失行症など）が

存在しているととらえることが重要と考えている。このような見方は、認知症のケアを考える際にも有効と思える。

3. 認知障害として認知症

ケアを考える際にも、障害構造の把握（症候学的理解）が重要であることを述べた。しかし、認知症を神経心理学的にみて、浮き上がってきた障害されている機能にのみ特化したリハは、その非可逆的特性から考えると負担を高めるのみで、逆効果のようにも思える。最近隆盛の認知訓練は、出来ないことが訓練のターゲットになる場合が多く、これは、訓練を受ける側に強いられることによる苦痛を伴い、介護者の心理的ストレスの増加を生むリスクもあること、また、訓練効果の汎化が乏しく、反面、訓練環境（長期入院・人的経済的コスト）の構築が難しいといった課題が指摘されていることに目を向ける必要がある。

変化した認知機能をそのまま受け止めた上で、残された機能をうまく生かす工夫が求められるのではないだろうか。これを“徘徊”のケアの例から探ってみたい。

無目的な歩き、動きを徘徊とラベルしている。DATの場合、空間認知の障害と記銘力障害の連合が姿を変えて現れたものと解釈できる。FTDにも、同様に無目的な歩きが見られるが、この場合は“周回”と呼び、徘徊とは区別している。それは、周回が前頭葉機能の障害に起因する常同行動（固執傾向）の亢進と考えられているからである。すなわち、一見、徘徊と同様に無目的に見えるが、同じことの繰り返しであり、行動は逸脱しない。これを日常のケアに活かせば、運動機能の維持という意味ではプラスになり、役に立つ特性として利用できる可能性もでてくるのである。このような視点を得ると徘徊へのケアのヒントも見えてくる。ケアとは、出来ないことを治すこと、わからないことをわかるようにさせること、不適応行動を止めさせること、ではないように思える。

4. 再び認知症のケアを巡って

認知症のケアを巡って、リハの視点（障害構造の把握）、神経心理学の視点（症候学的理解）の重要性を指摘した。ここでは、障害された機能より、保たれている残存機能を活かす工夫が大切で

あることを強調した。可能性があれば障害された機能への積極的介入手続きを導入する意味がないわけではないが、介入の際のリスク、コストを十分考慮する必要がある。ここでは、認知症のケアを考える基本ともいえる構えを考え、まとめたい。

認知障害のリハでは、その効果の可能性として「手続き記憶」の利用が注目されている。意識レベルに上らない行為の繰り返し効果としてとらえられるものだが、これは時に、感情（情動）体験の蓄積（学習）にも結びつくことがある。否定、訂正を強いて繰り返し接すると、その個人の名前も存在も憶えはしないが、否定的感情は蓄積（学習）され、いつか反撃に会うという事態が生じることがある。演者には、重篤な健忘症を主症状とするウェルニッケ・コルサコフ症候群の例でも経験があることであり、認知症のケアにおいて、否定的感情の蓄積は、避けるべき重要な視点と考えている。

周辺症状は行動に表現された結果であり、それは当然いつも表現されるわけではない。ただ、これに周囲は翻弄され困らされることになる。ここで重要なことは、「24時間認知症の症状を表現

する人はいない」ということである。認知障害を持って認知症状態ではあっても、その表現様式である周辺症状は、時、場所を選んで表現されるものであろう。かかわる側の受けとめ方を変えるだけでもケアのあり方がかわるのではと考えている。

認知症とは闘う対象ではないと考えている。ケアを考える際、現実のものとしてあるがままに、より客観的姿勢として受けとめること、そのための神経心理学の視点の重要性が指摘できるのではないかと考えている。

参考文献

- 1) 小澤 勲：痴呆老人からみた世界、岩崎学術出版社、東京、1998
- 2) 小澤 勲：痴呆を生きるということ、岩波書店、東京、2003
- 3) 宮森孝史：神経心理学的研究、下山晴彦、他編「講座臨床心理学第2巻」、285-300頁、東大出版会、東京、2001

この論文は、平成15年11月15日(土) 第15回東北老年期痴呆研究会で発表された内容です。