

「認知症について・・・あなたは大丈夫？」

馬場元毅 脳外科医・阿佐ヶ谷教会会員

はじめに 脳神経外科医の私のまわりにも「最近、物忘れが激しくて---」という心配をする患者さんが大勢いらっしゃいます。「ナーニ、お歳のせいでしょう、心配いりませんよ」とお答えするのですが、これは本当のことですが、一方では本当は心配しなくてはならないことかもしれません。普通の物忘れは加齢により生じる精神活動の低下のためであり、誰にでも起こることなのですが、中にはこれが進行していわゆる認知症に発展する方もいます。皆さんが心配されるのは「歳のせいなら仕方ないけど、認知症は嫌だからね」というのが本音だと思います。



良性健忘と病的健忘 まずは老化による物忘れ（良性健忘）と 認知症での物忘れ（病的健忘）の違いについて述べます。前者は人の名前や日時をとっさに思い出せなかったり仕舞った物の場所を思い出せなかったりしても、後にな って思い出すことができるのに、後者の物忘れは実際に経験した出来事を全て忘れてしまい、その事実を自覚 していない点が前者と異なっています。また前者では病状は進行しませんし、時間・人物・場所などがほぼ正 常に判断でき、日常生活に支障が出ることは少ないのに反し、後者では病状は進行し、時間・人物・場所等の 判断ができなくなります。また幻覚や妄想を伴うことがあり、最終的には人格変化も伴います。

記憶の分類 さて、物忘れとは記憶の障害ですが、記憶は記銘（ある出来事、知識を新しく覚えること）、保持（記銘したことを持続的に保持すること）、想起（一定時間後に、記銘したことを思い出すこと）の3つの要素で構成されます。さらに、記憶を「記憶保持時間」で分類すると、短期記憶（秒単位での記銘記憶）、近時記憶（一度脳裏から消えた後に、再生される想起記憶）、遠隔記憶（過去の出来事に関する保持記憶）に分けられます。後述するアルツハイマー病は特に短期・近時記憶障害が早期から出現します。

認知症の呼称 ところで日本では昔から病的な物忘れや判断力の低下を「惚（呆）け」とか「痴呆」と言い、病気としても「痴呆症」と呼ばれてきました。しかし、これらの言葉は差別用語と判断され、現在では「認知症」と呼ばれるようになりました。

認知症を来す疾患 認知症を来す疾患には数多くのものがありますが、その代表的なものとして、Ⅰ.アルツハイマー病 Ⅱ.血管性認知 Ⅲ.レビー小体型認知症 Ⅳ.前頭側頭型認知症 Ⅴ.その他；慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症 などが挙げられます。

Ⅰ. アルツハイマー病： アルツハイマー病は元来、65歳未満に発症する初老性認知症を指し、65歳以上に発症するアルツハイマー型老年認知症と区別されており、この両者を総合してアルツハイマー型認知症と呼ばれて来ました。しかし、最近はこの区別をなくして、アルツハイマー型認知症をアルツハイマー病と呼ぶことになりました。アルツハイマー病は特殊な病理学的変性が海馬や側頭葉の神経細胞の中に発生し、これらの部位、あるいは大脳全体が萎縮して認知機能障害を起こすとされています。

アルツハイマー病の主な症状は2つの群に分けられています。第1の群は中核症状といって認知機能障害です。中核症状は記憶障害、見当識障害、判断力の低下に分けられます。このうち見当識障害とは、今いる場所がどこであるか（場所）、今日は何月何日で、今は何時頃か（時間）、目の前にいる人が誰か（人物）などの見当がつかなくなる状態をいいます。第2の群は周辺症状といって精神異常と行動上の異常を指します。精神症状としては不安や抑うつ、さらに妄想（物盗られ妄想、嫉妬妄想など）などが知られています。また、

行動異常としては徘徊、不潔行為（入浴拒否、着替え拒否、汚物を手でいじる）などがあります。

Ⅱ. 血管性認知症： 脳梗塞や脳出血などの脳血管障害が原因で発症した認知症を指します。特徴として、高齢男性に多く、脳梗塞などを再発するたびに症状の悪化がみられます。また、あることは全く覚えていないのに、あることは詳細に覚えている、というふうの良い面と悪い面が混在しています。これをまだら認知症といいます。 これまではアルツハイマー病と血管性認知症とは全く別の病気と理解されてきましたが、最近、この2つの認知症が合併した「血管性認知症を有するアルツハイマー病」という概念が提案されました。このため、アルツハイマー病の治療薬（進行を遅らせる薬）が一部の血管性認知症患者さんにも有効であることが分かってきました。

Ⅲ. レビー小体型認知症： 認知症の原因疾患の中で3番目に多い疾患です。神経細胞にレビー小体と呼ばれる物質が蓄積し、認知症、独特の精神症状、パーキンソン症状を来すものです。特徴としてはアルツハイマー病よりも急激な認知症症状の進行。また、「子供が大勢、部屋に入ってきて大騒ぎをしている」などの幻覚（幻視）や、物盗られ妄想や嫉妬妄想などの精神症状、さらにパーキンソン病のような小刻みな歩行や手の小刻みな震え（振戦）、立ちくらみや転倒しやすさなどします。



Ⅳ. ピック病： まれな認知症ですが、極めて独特な症状を示します。すなわち、比較的若い人（65歳未満）に性格変化や意欲低下などの症状が現れ、悪意のない「万引き」や常同行、動（毎日のように同じ時間に同じ道を何Kmも歩けるなど）、さらに調理の味付けや献立が毎日同じで繰り返される、といった常同性がみられることです。

Ⅴ. 手術で改善する認知症： これまで述べてきた認知症は現在では薬で進行を遅くする程度の治療法しかありません。ところが、一見、同じような認知症症状でも、手術で良くなる疾患があります。一つは**慢性硬膜下血腫**です。これは頭部外傷後、徐々に脳表面に血腫が溜まって来て脳を圧迫するため

軽度の意識障害を来します。これを認知症と間違ってしまうのですが、脳外科で血腫除去手術を受けると症状が劇的に改善します。 もう一つは**正常圧水頭症**という原因不明（あるいはくも膜下出血の後遺症）の病気です。この病気は脳の中にある脳室という場所に、脳脊髄液（髄液と略して呼ばれます）が過剰に溜まり、このために認知症症状、尿失禁、歩行障害などを来すものです。この病気も脳外科で手術をすることで、症状を改善することが出来ます。

認知症患者の心理状態 ここからは認知症にかかった方の心理状態を学びたいと思います。これを知ることにより、家族を始めとする周囲の方々がどのように患者さんと接すれば良いか、ということも理解出来ると思います。

認知症の患者さんは ①「思い出そうとしても思い出せない」「何かおかしいのだが、何がおかしいのか判断できない」など“分からないことの連続”で不安と混乱の中に置かれています。②これまで普通にやっていた仕事や家事がうまく出来なくなり、これを他人に責められたりすると、これまで築いてきた自尊心が傷つけられたと自信喪失してしまいます。③現実世界とのずれに気付くと、このずれについて行けない、という焦燥感、戸惑いに苛まれてしまいます。④次第に「自分が壊れていく」という強い恐怖感を持つようになり、うつ状態

に陥ります。

患者家族の心理的葛藤 一方で、認知症患者さんを抱えた家族もまた、患者さんを受け入れるまでに様々な心

理的葛藤が続きます。①戸惑い、否定；「まさか、うちの人が---！」 ②混乱、怒り・拒絶；どうしてよいか分からず、混乱し、患者さんに当たり散らし、対応を拒否する。③あきらめ、割り切り；「仕方がない、何とかなるだろう」と割り切る。④受容；患者さんの心理などもある程度、理解出来るようになり、あるがままを受け入れる気分になる。

認知症患者への対応 こうした認知症を来した方や家族の心理的变化を理解したうえで、認知症患者さんにとどのような対応をしたら良いのかを考えてみましょう。

まず最も大切なことは「患者さんの尊厳を遵守すること」です。このためには患者さんの言動を受容し、その心（心理）を理解するよう努力することが必要です。これは、認知症に基づく間違った言動も患者さんにとっては真実のことで、それを否定されると患者さんは自分の人間性を否定されたと感じ、うつ状態や被害妄想、興奮状態に陥ることに成り兼ねません。また、患者さんの「今」を大切にしていける事も重要なことです。すなわち、過去をすっかり忘却し、明日以降のことも考えられない患者さんは「今」だけが生きていることを実感できる時なのです。これを周囲の人たちが否定（叱責、蔑視、疎外、さらには虐待）することは患者さんの人格を否定することになります。いつもいたわりの心で介護することで患者さんも平安な気持ちになると思います。

次いで大切なことは「患者さんの残存した知的機能を保持・活性化させること」です。すなわち、脳に適切な刺激を与えることが残存機能を活性化させることが知られています。例えば、①意識的に今日の日付や今何時頃か、今居る場所はどこか、傍に居る人が誰なのか、今周りで何がおこっているのか、などを問いかけて周囲への関心を高める ②漢字や計算ドリルを（一方的にやらせるのではなく）かかった時間を計ったり、ゲーム感覚で競争させたり、ジグソーパズルや数独など好みのゲームを課題として提供する ③レクリエーション（集団で行う運動や遊技、カラオケなどの娯楽）でストレスを発散させる ④芸術療法；絵画で創作意欲を高める、音楽で心の安静を高める、などです。

終わりに 本稿を終わるに当たり、以前、阿佐ヶ谷教会の担任教師をされていた原義雄先生の「死へのプロセスとしての老い」というコラムから一部を掲載させていただきます。

「<老化>と<老い>という二つの用語の間には区別が感知される。一つは生物学的概念であり、他は人間学的な概念である。（略）この両者には視座の相異は見逃しがたい。前者は生物学的もしくは社会学的な性格を主とする問題であるのに対し、後者は主体的、自分自身の生き方に関わる問題として自覚される。哲学的考察や宗教的な信仰が問われるのはここである。」

2009年5月 阿佐ヶ谷教会シルバー会例会より

