

第6章 フォース・エイジ：認知症と図書館

人が生物として生きている限り、体の衰えと共に必ず訪れるのがフォース・エイジである。さまざまな疾患に罹患することも多くなり、人の手を借りる機会（介護）が多くなる時期である。本章では、そのフォース・エイジの中でも世界的に大きな社会問題となっている認知症について整理する。認知症は高齢化と強い関連があり、超高齢社会を迎えている日本にとっては避けては通れない課題である。さらに具体例として、イギリスの図書館における認知症支援を紹介する。

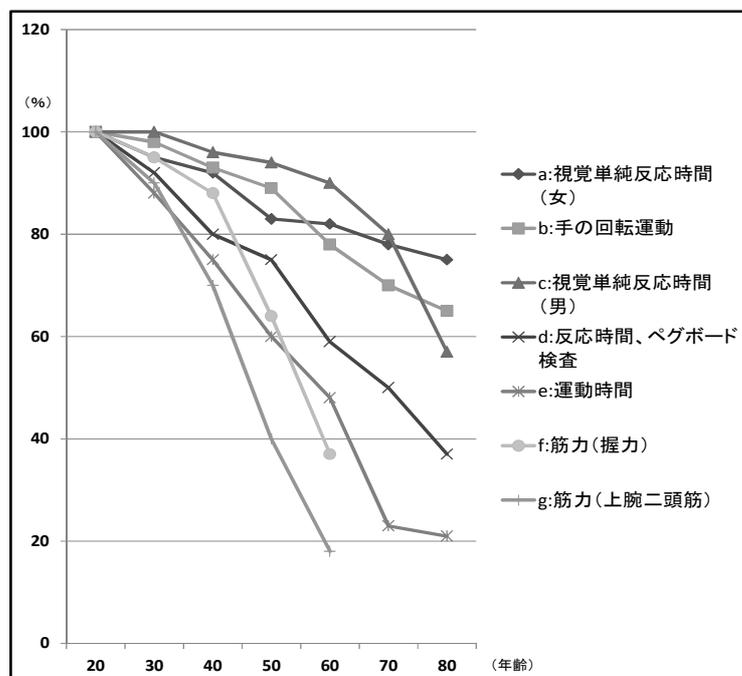
認知症は脳の病気（Evidence based）であるが、それ以上にその個人の生き方（Narrative based）が認知症の症候（認知症の行動・心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）に強く反映される病である。病としての見方だけではなく、認知症という混乱状態を持ったその個人が感じる世界、見ている風景を理解しようとする「共感的理解（empathic understanding）」が必要な病である¹⁾。

6.1 高齢期における心身機能の低下

6.1.1 フレイル（Frailty）

年齢を重ねても心身ともに健康で、できる限り人の手を借りることのないようにと願うのは誰もが思うことである。しかし、加齢とともに身体機能の衰退は確実に訪れ（図表 6-1）²⁾恒常性が失われていき、生物としての人間は確実に衰えていく。精神機能に関しても、年齢を重ねるに従い減退しやすい機能が示されている（図表 6-2）³⁾。

図表 6-1 高齢者の身体機能の変化



出典：朝長正徳『脳の老化とぼけ』（紀伊国屋書房）による

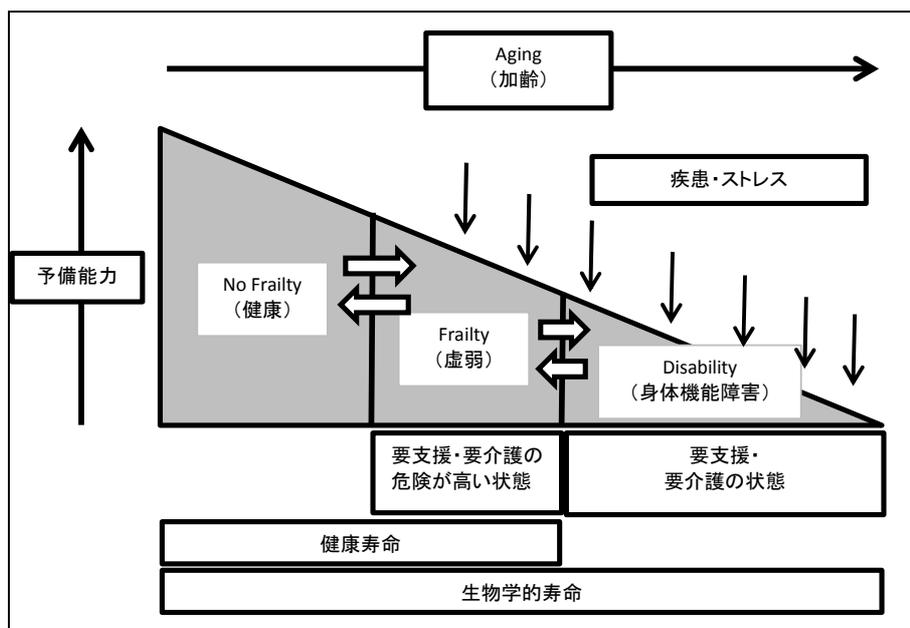
図表 6-2 25～75 歳の間に変化する精神神経機能(Katzman,Terry:1983)

ほとんどが不変	語彙 情報 理解 数字の暗誦 手指、足指の触覚 手指の2点区別
20%以下減退	ひもを結ぶ 安全ピンをとめる 反応時間 拍手 手先の器用さ タップ 継足歩行
20～40%減退	手で支えて椅子から立ち 上がるシャツを着る 手書きの速度 数字の図形の 足の背屈 目を開けての片足たち
40～60%減退	上肢の振動覚、足の屈曲
60%以上減退	下肢の振動覚、目を閉じての片足たち

出典: Robert Katzman, Robert D.Terry(水谷俊雄訳)『加齢の神経学』(西村書店)による

2014年(平成26年)日本老年医学会は「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつ、認知症などの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念(図表6-3)」⁴⁾をフレイル(Frailty)と呼ぶことを提唱した。健全な状態から骨折による長期臥床や脳血管障害により要介護状態に突然移行する事例は見られるが、今後人口増加が見込まれる後期高齢者(75歳以上)の多くの場合、「フレイル」という中間的な段階を経て、徐々に要介護状態に陥ると考えられている。

図表 6-3 フレイルの位置づけ



出典:長寿医療研究センター病院レター 第49号「虚弱(フレイル)の評価を診療の中に」を参考に筆者作成

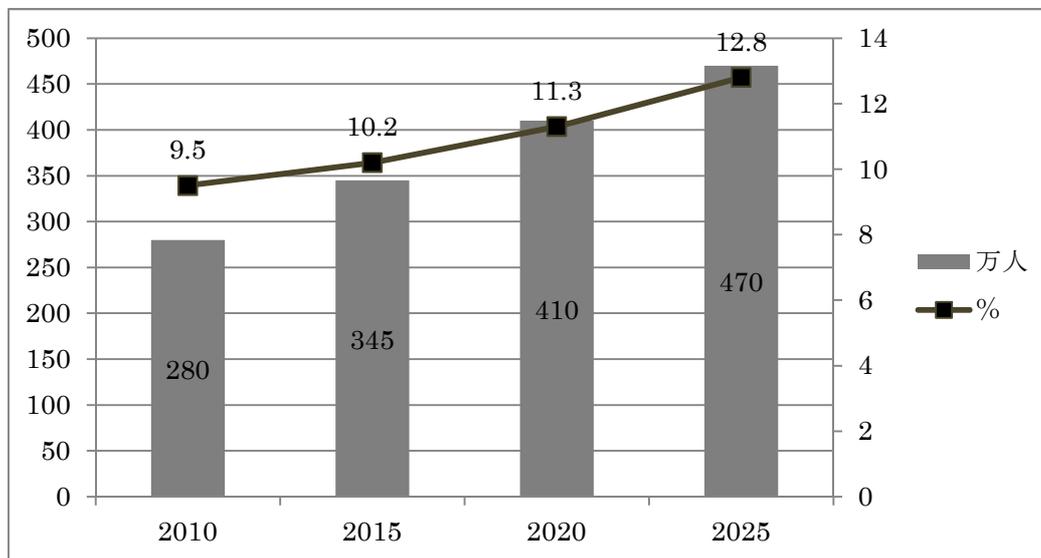
フレイルは容易にフォース・エイジ（要支援・要介護状態）に陥りやすい状態像であり、予防的観点から超高齢社会を考える際には意識しておく重要な視点であろう。

しかし、前述したように生理的機能の低下は確実に訪れ、要介護状態を呈するのも生物として生きている人間にとっては抗うことのできない事実である。今、日本の要介護の人たちの現状はどうであろうか。

6.1.2 要介護の推移と認知症

2015年（平成27年）、厚生労働省老健局から報告された「公的介護保険制度の現状と今後の役割」⁵⁾では、介護保険がスタートした2000年（平成12年）に218万人だった要介護者は2015年（平成27年）には2.79倍の608万人になったと報告されている。介護保険の総費用も2000年（平成12年）には3.1兆円だったものが2015年（平成27年）には10.1兆円にまで膨れ上がっており、超高齢社会の進展とともに要介護者の増加、経済的負担の問題は時間の経過とともに深刻化している現状である。また高齢化と関連が強い認知症に関しても日本では年々増加しているが、世界も年間770万人（4秒に1人の割合）の人が新たに認知症の診断を受けており、2030年（平成42年）には7,360万人、2050年（平成62年）には1億3,350万人に達すると予測している⁶⁾。

図表 6-4 高齢者に占める認知症の割合



※医学的診断による推計値は462万人、MCIを含むと800万人とされている(厚生労働省研究班)2012年(平成24年)

出典:厚生労働省「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を参考に筆者作成

日本の認知症発症率は、2012年（平成24年）、厚生労働省の研究グループ（朝田）が医学的診断による推計値として65歳以上の高齢者では462万人（15%）、認知症の予備軍とされている軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）は400万人（13%）と

いう推計値を報告した（図表 6-4）^{7) 8)}。65 歳以上の高齢者人口の 4 分の 1 は、何らかの認知症対策が必要だという計算になる。

65 歳以上で年齢別に認知症の有病率を見てみると（第 2 章 p.21 参照）65 歳から 75 歳までは男女平均して約 4%と低い、しかし 80 歳を超えるあたりから指数関数的に人数は増えていき、90 歳代では 60%以上に上昇してくる⁹⁾。

以上のように認知症を社会問題として取り上げられることは多いが、認知症そのものの理解についてはどうであろうか。認知症というと「記憶障害がある」「徘徊する」「理解のできない行動をとる」など、さまざまなイメージがあるが、脳の機能障害からくる能力低下と認知症ではなくても出現する徘徊や大声を上げる、うつろにしているなどの行動障害を混在し理解していることも多く、認知症に関する正しい知識を持つことはこれからの地域支援や社会資源活用に向けて大切なことである。

6.2 認知症とは

6.2.1 認知症に関連した社会的変遷

2016 年（平成 28 年）3 月、The Lancet Neurology Commission（欧米を中心とした認知症に関わる 30 人以上の有力な国際的研究者）が手掛けた報告書「Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society（アルツハイマー病とその他認知症：欧州の科学と社会のための優先策）」¹⁰⁾ がまとめられ、以下のことが報告された。

- (1) すべての国で認知症のケアと下支えする組織を強化する国家戦略的政策を構築する政治的な意志の強化を行う。
- (2) 認知症患者らを支える社会の発展を含め、あらゆるレベルで認知症に対処する有効な協力関係の構築を行う。
- (3) 国連障害者権利条約を通じたこれら権利の擁護を含め、あらゆるレベルで認知症の個人の権利と声に関心を集める。

この報告は 2013 年（平成 25 年）のイギリスで行われた第 1 回 G8 認知症サミット以来、日本でも開催された G7 認知症サミット後継イベント、世界的に認知症国家計画を確立した 2015 年（平成 27 年）3 月の世界保健機関が報告した「CALL FOR ACTION ! by the participants of the First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia（認知症に対する世界的アクションに関する閣僚会合）」¹¹⁾ による進展に続くものである。

多くの国が認知症の課題に国を挙げて取り組んでおり、医療や福祉だけの課題ではなく、社会全体および国の課題として施策を推進している。

日本における認知症対策の歴史は 1963 年（昭和 38 年）制定の老人福祉法による特別養護老人ホームや老人デイサービスセンター、短期入所施設の設置が高齢者や認知症に関連

した国の取組みの始まりと言える。認知症が社会に大きく認知されるきっかけとしては1972年（昭和47年）に出版された有吉佐和子の『恍惚の人』がある¹²⁾。純文学としての素晴らしさと同時に、認知症介護の大変さなど、認知症に関心が強く持たれるきっかけにもなったが、この時にもまだ認知症に関連した法整備には至らなかった。しかし1980年代に入り寝たきり高齢者対策が社会的な課題となり、1982年（昭和57年）に老人保健法の制定、その後1986年（昭和61年）に痴呆性老人対策本部が厚生省内に設置され、ここから国の施策として認知症対策の本格的な動きが出てくることになる。その後1988年（昭和63年）には重度痴呆患者収容治療料、重度痴呆患者デイ・ケア料が新設され、医療として認知症を治療・介護していく仕組みが始動した。さらに1992年（平成4年）の医療法改正では在宅医療、認知症対策の推進がなされ、そして2000年（平成12年）施行の介護保険により、それまで主に精神医療の範疇で語られることの多かった認知症者への取組みが福祉、保健領域、地域支援にまで広がりを見せるようになった¹³⁾。2005年（平成17年）、地域の見守りや在宅支援を推進するために「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」の構想として認知症サポーター養成が開始され、現在849万7,194人（2016年〔平成28年〕12月現在）が養成されている¹⁴⁾。そして2012年（平成24年）「今後の認知症施策の方向性」が厚労省にてまとめられ、認知症という施設で医療・福祉を提供することが当たり前であった流れを逆転し、認知症のごく初期から介入することできるだけ住み慣れた場所で住むことができる仕組みを構築する必要性が述べられた。その報告をベースにした「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」が2013年（平成25年）に策定され、その後東京で開催されたG7認知症サミット後継イベント時における内閣総理大臣の認知症施策推進宣言を受け、2015年（平成27年）には省庁横断的な施策として「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定され現在に至っている。

新オレンジプラン¹⁵⁾では、基本方針として認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを掲げている。それを具体化するために、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、の7つの柱を立て認知症施策を進めている。特に②で示されている「認知症ケアパス」は重要であり、さまざまな社会資源を活用しながら、地域で生活している認知症の人、家族を支えていく指針を示すものである。認知症ケアパスの起点として、認知症の初期の頃から専門職が介入し、適切なかかわりや医療・福祉連携などの支援環境を整えていく「認知症初期集中支援チーム」の設置が2018年（平成30年）3月までに各市町村において義務付けられており、現在、各市町村もその準備を進めているところである。ただ、初期に介入できても、支援する社会資源が少ない現状もあり、デイケアや介護施設等の福祉サービスだけで

はない、既存にある社会資源（デパート、図書館、喫茶店、博物館など）も地域で認知症の人たちを支えていく資源として、そのあり方を再考していく必要があると言える。

さて、こうした社会の大きな変動の中で、認知症の理解や診断に関しても変化が起きている。1994年（平成6年）アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association; APA）が出した **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV（DSM-4）** の邦訳では認知症の診断基準の項には「痴呆（**dementia**）」と明記され、診断基準には記憶障害が確定診断の必須項目として挙げられている。2004年（平成16年）12月「痴呆」という用語が侮蔑的な表現である上に、「痴呆」の実態を正確に表しておらず、早期発見・早期診断等の取組みの支障となっていることから「認知症」と変更された¹⁶⁾。そして、日本でも診断基準の大きな指針となっているAPAの**DSM-V**の邦訳が2014年（平成26年）に出版され、それまで「**dementia**」と明記されていたものを廃止し、「**Neurocognitive Disorder（Major Neurocognitive Disorder；認知症、Mild Neurocognitive Disorder；軽度認知障害）**」という用語を使用することになった。さらに、これまで診断基準には記載されていなかった社会的認知の項目が加わり、計6つの認知領域において、一つ以上以前の行為水準より低下している領域が見られることが記されている（図表6-5）¹⁷⁾。

図表 6-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5（DSM-5）
による認知症の診断基準（一部）

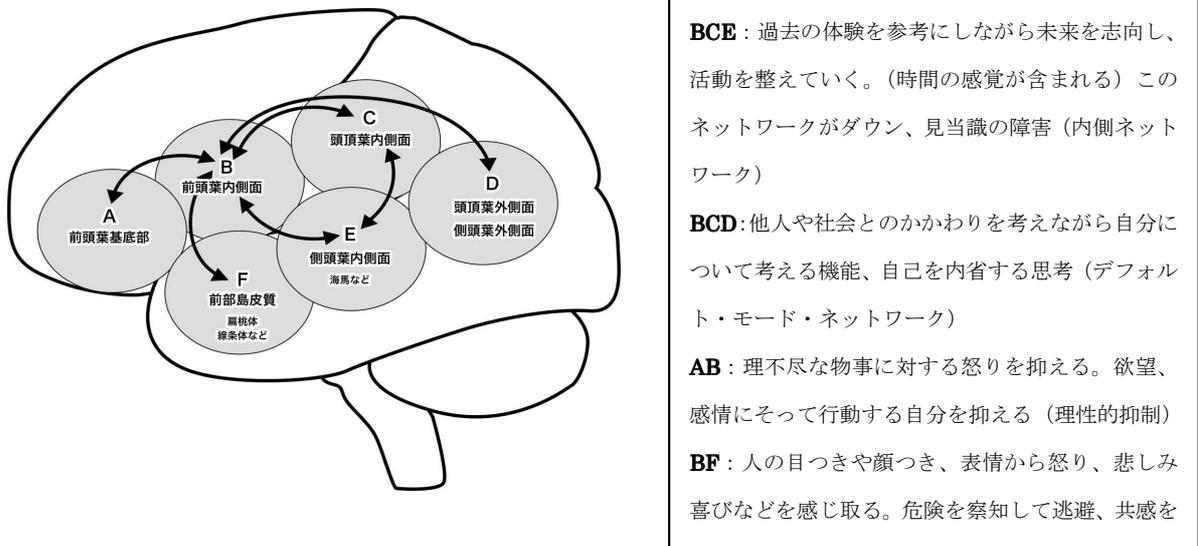
6つの認知領域において一つ以上に以前の行為水準より低下している領域が見られる。

- ・複雑性注意（**complex attention**）；一度に多くの事に注意を向ける
- ・実行機能（**executive function**）；実行機能
- ・学習及び記憶（**learning and memory**）；記憶
- ・言語（**language**）；失語
- ・知覚 — 運動（**perceptual-motor**）；失行、失認
- ・社会的認知（**social cognition**）；社会脳

出典：日本精神神経学会監修『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き』（医学書院）による

また、これまで診断基準として必須項目であった記憶障害はアルツハイマー型認知症にのみ記載され、他の認知症のタイプ（レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など）には記憶障害は記載されていない。このことは認知症の中心的な症状のとらえ方が、従来の記憶障害から、一部分だけの障害ではなく、脳の様々な個所がネットワークを作り、変動の多い社会状況を認識していく「社会的認知の障害（脳のネットワークの障害）」へとシフトしているということである（図表6-6）¹⁸⁾。

図表 6-6 脳の基本ネットワーク



出典: 伊古田俊夫『社会脳から見た認知症』(講談社)を参考に筆者改変

6.2.2 認知症の定義

世間では物忘れやちょっとつじつまの合わぬ行動をとった際「ボケ (senility)」という言葉を使うことが多い。ボケと認知症の区別は、認知症が学術用語であるのに対し、ボケは通俗用語であり「ボケ」という言葉に学術的な定義はない。

現在、使用されている認知症の定義として「一旦は正常に発達した知的機能がその後起こった慢性の脳の器質的障害のために広汎に継続的に低下してしまった状態」¹⁹⁾とされている。

しかし、これも知的機能面とはどの範囲か、また低下とはどの程度のことを言うのかなど厳密さの面で論議される部分も多いようである。図表 6-7 は健康高齢者と認知症者の「物忘れ (記憶障害)」の比較を表にしたものであるが²⁰⁾、厳密には判断に悩むことも多く、経験則で目安として判断することが多い。

図表 6-7 健康な高齢者のもの忘れと認知症の人のもの忘れの比較

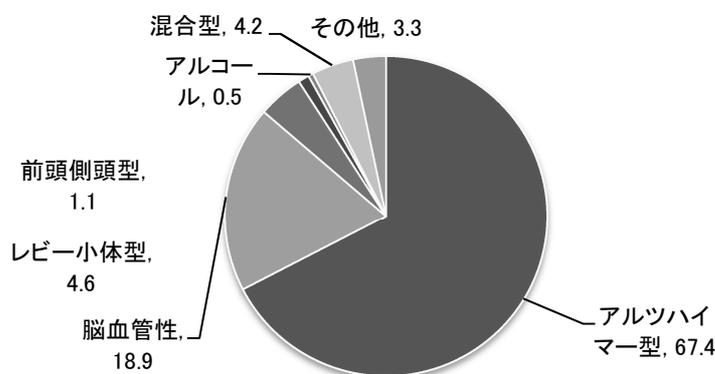
	健康な高齢者の物忘れ	認知症者の物忘れ
原因	脳の老化 体験の一部を忘れる	脳の病気 体験の全部を忘れる
状態	進行しない 自覚を持つ	進行する 自覚を持たないことが多い
介護	必要なし	必要あり

出典: 小川敬之『認知症の作業療法 第2版』(医歯薬出版株式会社)による

現在、よく使用されている診断基準としてアメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル第5版(DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, 5th edition)やWHO国際疾患分類第10改訂版(ICD-10: International Classification of Diseases, 10th edition)がある。しかし、博野は「これらも内容をよく見てみると、微妙な違いがあり、極論をすればその違いにより認知症と診断される、されないという状況が出てくる可能性もあり、何を根拠に認知症と診断したのかには注意を要する」²¹⁾と述べている。脳の機能障害によりさまざまな症候を呈するわけであるが、臨床状態を主観的に観察し「〇〇認知症」と判断することには限界がある。近年ではSPECT (single photon emission computed tomography)、PET (positron emission tomography) など脳血流や代謝、アミロイド分子イメージングなどを計測する診断技術も発達し、こうした検査と臨床症状、診断基準などから診断されるようになってきている。

図は認知症の類型別割合を示したものである。朝田らの調査によるとアルツハイマー型認知症が67.4%、脳血管性認知症が18.9%、レビー小体型認知症と他の類型は14%という結果が出ており、我が国においても欧米と同様にアルツハイマー型認知症の割合が多くなっている(図表6-8)²²⁾。

図表 6-8 認知症の原因分類



出典: 朝田隆『認知症の実態把握に向けた総合的研究:平成22年度総括・分担研究報告書』(厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業)による

6.2.3 認知症の症状

認知症の症状は大きく2つに分けて整理すると理解しやすい。一つは現代の医学では治療が困難とされる「中核症状」であり、もう一方は種々の関わりにより改善することが可能とされている「周辺症状 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD」である。以下それらの症状について説明する²³⁾。

6.2.3.1 中核症状

以下は DSM-V などの診断基準にもあるように、多くの認知症で伴いやすい症状である。認知症診断の要にもなる症状である。

〈記憶障害〉

記憶障害は認知症の中心となる症状である。大きく前向性健忘と逆行性健忘に区別される。前向性健忘は新しい事実や事件を憶えることの障害であり、逆行性健忘は以前の経験の再生ができなくなる障害である。記憶障害を生じる認知症の代表はアルツハイマー病であるが、その障害の中心は前向健忘で、進行すれば数分前の出来事も全く覚えていないほど重篤になる。記憶内容の分類は Squire の分類が有名であり、アルツハイマー型認知症ではエピソード記憶の障害が、前頭側頭型では意味記憶の障害が起こりやすいことはよく知られている。また、記憶は記録—保持—再生の3つのプロセスからなるが、目黒²⁴⁾はアルツハイマー型認知症と血管性認知症の記憶障害の特徴について記憶プロセスを軸に表のように分類している（図表 6-9）。

図表 6-9 アルツハイマー型認知症と血管性認知症の記憶障害の特徴

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症
記銘	障害	障害、時間がかかる
保持	障害	比較的保持
再生	自由再生・手がかり再生ともに障害、誤再生などの誤った表出、再認も誤る	自由再生は軽度低下、時間がかかる、手がかり再生が有効な場合もあり、再認は比較的良好
内容	エピソード記憶のまとまった欠損、作話を示す場合もある	エピソード記憶の枠組みは比較的保持、内容を部分的に保持、作話を示す場合もある

出典：目黒健二『血管性認知症』（ワールドプランニング）による

〈見当識の障害〉

見当識には、時間に関するもの、場所に関するもの、人に関するもの、がある。時間に関する見当識は、病気の早期から障害され、まず日付や曜日があいまいになってくる。人についての見当識障害は、病気が重症になってから見られ、自分の娘を、姉や母と間違えたりする。

〈遂行機能の障害〉

遂行機能は目的に合わせて手順を考えたり、段取りをつけたりする能力であり、①目標の設定（goal formation）、②計画の立案（planning）、③目標に向かって計画を実際に行う（carrying out goal directed plan）、④効果的に行動を遂行する（effective performance）、の順序で行われるとされている。例えば、煮物を作ろうとして、野菜の皮をむかずに煮てしまうなど、料理の技術は保たれているが、手順を頭の中で組み立てることができなくなるといったようなことが観察される。

〈高次脳機能障害〉

手足の動きには問題がないのに、洋服をうまく着ることができなかつたり、箸を持つことができないなどの失行症や思うようにしゃべることができない失語症、視野の半分を認識せずに、よく体の半分以上をテーブルや柱にぶついたり、食事を気づかずに半分残したりする失認症などの症状が出現する。生活遂行へ大きな支障をきたすことも多いことから、それらの知識や特徴・対応方法を理解した上での関わりが望まれる。

6.2.3.2 周辺症状

周辺症状は認知症にだけ出現する症状ではなく、他の疾患でも出現する。また、健康な者でも体調を崩したり、気分がすぐれないなどの状態の時には出現する可能性がある症状である。

1996年（平成8年）、アメリカでの研究者会議において非認知機能障害として認知症の行動心理学的症候（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）という用語が用いられるよう合意がなされた。そのことを受け、国際老年精神医学会（International Psychogeriatric Association: IPA）は代表的な BPSD の精神症状として妄想、幻覚、抑うつ気分、睡眠障害、不安、誤認などを、行動面の異常として攻撃、興奮、徘徊、不穏などの行動を挙げ、各症候の出現頻度や介護者への負担の程度によってこれらをさらに3群に分類している（図表 6-10）^{25) 26)}。

図表 6-10 BPSD の分類(国際老年精神医学会)

Group1 <1群>	Group2 <2群>	Group3 <3群>
頻度が高く、介護者が最も悩まされる症状群	頻度は中等度で、介護者がやや悩まされる症状群	管理可能な症状群
A. 精神症状 (psychological) 幻覚 (hallucinations) 妄想 (delusion) 抑うつ気分 (depressive mood) 不眠 (sleeplessness) 不安 (anxiety) B. 行動異常 (behavioral) 攻撃 (physical aggression) 徘徊 (wanderrring) 不穏 (restlessness)	A. 精神症状 誤認 (misidentifications) B. 行動異常 (behavioral) 焦燥 (agitation) 不適切な振るまい、行動 (culturally inappropriate-behavior and disinhibition) 彷徨 (pacing) 金切り声を上げる (screaming)	B. 行動異常 (behavioral) 啼泣 (crying) 暴言 (cursing) 無気力 (lack of drive) 繰り返し質問 (repetitive questioning) つきまとい (shadowing)

出典：臼井樹子、本間昭『BPSD の疫学と統計』(臨床精神医学)による

現在、認知症の治療薬も研究・開発されているが、今のところ中核症状を改善する治療法はない。しかしながら介護や薬物療法、環境整備、関わり方、リハビリテーション、生活療法などを提供することにより周辺症状を軽減していくアプローチが主流である。

症状を「中核症状」と「周辺症状」に分けて説明した。客観的に認知症を理解するにはこうした症状の整理は必要である。しかし、実際に認知症に関わる人たちはこのような症状があると理解しても、具体的な関わり方には結びつかない。大切なのは記憶が途切れる、判断がつかず不安になる、などその様な状況に陥っている人は「どのような気持ちだろう

（共感的理解）」¹⁾と想いを馳せながら関わりを持つこと。そのような関わりが、具体的な症状にどの様に対応すればよいかのスキルを磨いていく。症状理解は具体的に出現する症状の整理と混乱にあるその人の気持ちを共感的にみる、二つの視点が大切だという事である。

6.2.4 認知症のタイプ

柄沢²⁷⁾は老年期に見られる精神障害を脳または身体の障害が直接原因になって起こるものや、内科的疾患、栄養障害、薬物副作用などに起因するものも含めた「器質性精神障害」と統合失調症や躁鬱病などのいわゆる内因性障害や精神的な原因で起こる心因反応、神経症など器質性とは言えない障害の総称として「機能的な精神障害」の2つに大別している。

「器質性精神障害」ではすべてにおいて認知症状態を呈する可能性はあるが、内科的疾患や栄養障害など障害の原因となる部分を取り除くことによって軽快する治療可能な認知症（Treatable Dementia: 甲状腺機能障害、ビタミン B12 欠乏症、慢性硬膜下血腫など）と脳の障害や変性により認知症症状を呈する治療の難しい認知症（Untreatable dementia: アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症等）との区別は重要である。

また、加齢に伴う記憶障害と認知症の記憶障害との区別も難しいところであり、このことは古くから良性健忘、悪性健忘として知られている。

近年になり Reisberg や Petersen^{28) 29)}らにより提唱された MCI（Mild Cognitive Impairment: 軽度認知障害）は認知症に移行する確率が高い状態状であるとし、その診断基準が示されている。2012年（平成24年）の調査では400万人いるとの推計値が出ていることは前述した。

以下、疫学的にも出現率が高く、日常遭遇することの多い認知症の類型（アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など）とその類型に特異的症状（症候）について述べていく。

6.2.4.1 アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease : AD）³⁰⁾

1907年（明治40年）、アロイス・アルツハイマー（Alois Alzheimer, 1864~1915）が記憶障害、見当識障害を呈した女性（51歳）の剖検脳の神経病理学的検討を報告したことが初めとされている。後に、エミール・クレーペリン（Emil Kraepelin）によりアルツハイマー病と命名された。

神経病理学的特徴として神経原繊維変化（neurofibrillary tangle: NFT）と老人斑（senile plaque: SP）、神経細胞の脱落、それに伴う脳萎縮である。NFTは異常リン酸化タウ蛋白が凝集したものであり、神経細胞内に生じ、神経細胞の変性や消失を引き起こすとされている。SPは正常老人脳にも見られることは知られているが、アミロイドβ蛋白の凝集したものであり、これも神経毒などを発生し、神経細胞の脱落に関与しているとされている。

〈症候〉

初期症状として記憶力障害が見られ、物を置いた場所を忘れる、同じものを何度も買っ

てくる、最近の出来事が思い出せないなどエピソード記憶の障害が目立ってくる。病期が進むにつれこれまで知識として保持してきたものの名前など、意味記憶も障害されてくる。全体的には「取り繕い」「場あわせ反応」といった状態像を呈し、認知症がかなり進んでいても、日頃関わりを持たない人にとっては本当に認知症なのかを疑われるということもある。

単位的な症候としては高次脳機能障害（失語、失行、失認症状）を呈することも多く、失語は語健忘・語想起障害が出現し、理解力の低下も起り、通常は流暢性失語を呈する例もある。作業能率の低下やミスが増加など、一見単なる老化現象と思われるような軽微な変化から始まるのが普通であるが、意欲や関心の低下、短気、頑固、猜疑的といった人格の変化やせん妄、幻覚、妄想（ものとり妄想、嫉妬妄想など）、抑うつなどが先行する場合もある。進行するに従い、構成障害、定位障害、着衣失行、観念/観念運動失行など行為の解体现象が生活遂行に大きな影響を与える。また、それ以上に本人が自覚する、行為がうまく行えない不安感、恐怖感も生活を遂行していく上で大きな障壁になる。末期には身体機能の低下も著しくなり、排泄や食事摂取など ADL のすべてが障害され、高度の認知症状態を呈する。そこに至るまでの経過は一様ではないが、おおよそ数年から十数年という場合が多い。

6.2.4.2 脳血管性認知症 (Vascular Dementia : VD) ³¹⁾

脳血管性認知症は脳血管障害に起因する認知症の総称であり、単一疾患ではない。病型分類脳梗塞（血栓、塞栓）とくに多発性脳梗塞型やビンスワンガー（Binswanger Type）型が最も多いとされている。また、小さな病変が1個しか認められなくても認知症を呈することがわかっている Strategic infarct dementia などもある。

〈症候〉

記憶障害は記録と再生に時間がかかることが大きな特徴であり、アルツハイマー型認知症と異なり、エピソード記憶は比較的保たれていることが多い。デイケアなどで行われた大きなイベント（クリスマス会や軽音楽のイベントなど）の詳細は覚えていなくても、イベントがあったことは比較的覚えていたりしていることからそのことが伺える。

発症が急性で段階的に悪化する、接触性が良く人格が保たれている、ある程度病識がある、知能低下が不均一でまだら認知症の様相を呈す。また、特に注意すべき点は無気力・無関心（apathy）とも関連した社会適応能力の低下である。これは無為、閉じこもりなどを助長し、身体機能に障害がある場合はなおさらのこと、心身ともに廃用症候群に至る悪循環を起こす可能性がある。目立った行動障害が見られない場合は、知らないうちに症状が進行していることもある。こうした脳血管性認知症の特性を理解した関わりは知らない間に認知症を進行させないためにも必要であり、デイケアや訪問による専門スタッフの介入、さらには家族教育も大切になる。

6.2.4.3 レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy body : DLB) ^{32) 33)}

1976年(昭和51年)、小坂らは病理学的に大脳皮質を含む広汎な中枢神経系に多数のレビー小体が出現し、進行性の認知症とパーキンソニズムを主症状とする変性性認知症の報告をした(びまん性レビー小体病: diffuse Lewy body disease)。その後、第1回 DLB international Workshop を経てレビー小体を伴う認知症(DLB)と呼ぶことが提唱された。

〈症候〉

比較的早期から視覚認知障害が見られ、視覚対象の大きさや形の弁別、視覚による計算などに障害が見られる。また色彩を伴う非常に鮮明で具体性を帯びた人や動物、昆虫などが昼夜を問わず出現する幻視は特徴的である。

認知障害は変動することが多く、良い時は日時な場所などの見当識もしっかりとしており会話もスムーズだが、悪いと話も通じず、周辺環境の理解もできず、せん妄状態に近い状態を示すこともある。そうしたことが半日、数日単位で変動する。これは自律神経障害が原因である。

また、パーキンソン症候を呈するが、筋の固縮(筋の緊張が高くなり筋腹が固くなる、スムーズな動きができなくなる)や動作緩慢で、振戦(ふるえ)などは目立たないことも多い。進行すると、姿勢反射障害(柔軟な動きができず、こけそうになった時に咄嗟に手を出すなどの動作ができなくなる)や歩行障害なども出現し、転倒を繰り返すようになる。

6.2.4.4 前頭側頭型認知症 (Fronto-Temporal Lobar Degeneration : FTLD)、ピック病 (Pick Dementia) ^{34) 35)}

19世紀から20世紀の初頭にかけてアーノルド・ピック (Arnold Pick) が前頭葉・側頭葉に限局性に萎縮があり、特異な言語症状や精神症状を呈する症例を報告した。1911年(明治44年)、アルツハイマー (Alzheimer) がピック嗜銀球について記載し、オナリ (Onari)、スパッツ (Spatz) らが前頭・側頭葉に限局性萎縮を有する症候群に対し「ピック病」と命名した。しかしその後、ピック病の概念や診断には種々の論議が続き、現在ではマンチェスター (Manchester) のグループが提唱した前頭・側頭葉に原発性の萎縮を有する前頭側頭葉変性症 (fronto-temporal lobar degeneration: FTLD) の分類で落ち着いている。前頭葉優位型のピック病を FTD、側頭葉優位型のピック病を意味性認知症と呼ばれることが多い。

〈症候〉

知的機能の障害よりも人格変化に起因する異常行動、理解しがたい行動の異常が全景に出ることが多い。例えば道徳感情が鈍り、自制心が乏しくなって他人を侮辱したり、無作法な言動や窃盗などの反社会的行為が起こることもある(我が道を行く行動)。また無関心、怠惰、好癖的な傾向が現れることもある。これらに対して周囲の人から注意され、非難されてもいっこうに反省の色が見られない(病識の欠如)、診断者と同じ行動をとる、視覚に入った文字をいちいち読み上げる(被影響性の亢進)、決まった時間に決まったコースを歩く、決まったことをする(常同行為)等の行為が見られる。また、重度の視覚認知

障害や構成障害は見られないことから、ある程度進行しても車の運転などは可能である。

単位的な障害としては、鉛筆を指して名前を聞いても答えることができない、たくさんの物品の中から鉛筆を指さすことができない（語想起と再認の2方向性の障害）。しかし、鉛筆を持って字を書くことは可能で、物品としての意味はわかっている。つまり「えんぴつ」という語彙が喪失した状態を示す意味記憶障害が見られる

躁状態、あるいは多幸的に見えることもあるが、表層的でありヘラヘラと笑っていることがある。しかし、田邊³⁶⁾によれば「これは感情の爽快感からくる高揚とは異なる」とも述べている。

以上、臨床で遭遇する可能性が高い認知症の特徴と症候について簡単に述べた。認知症は進行性であることが多く、進行に伴いさまざまな身体機能や認知機能が低下していく。しかし、それまで長い年月をかけて築いてきたその人のパーソナリティが機能障害等と平行して低下しているかという点必ずしもそうではない。たとえ混乱が強く BPSD が多く出現していたとしても、人としての尊厳をしっかりと守る関わりこそが一番大切な視点である。

6.3 これからの認知症支援：Dementia Friendly Community に向けて

認知症にはネガティブなイメージが付きまとう。実際、BPSD が顕著な場合、介護者は身体的、心理的に大きな負担を感じ、そうしたことがイメージに暗い影を落とすことは当然かもしれない。神谷は恍惚恐怖を述べる中で、以下のように述べている。「気を許せるものの中で、安らかに暮らすことができれば、老いは自然にゆるやかな形で進行し、死もその刺を失い、やがて自他の区別もなく、時空をも超えたまどろみの中でこの世を去っていくのであろう」³⁷⁾

室伏も認知症の人の物とられ妄想を緩和する仕組みとして「なじみの関係」を提示しているが、「気を許せる者」「なじみの関係」などは認知症の人のケアや医療、地域包括支援にはキーワードのように思われる。

図表 6-11・6-12 (写真)³⁸⁾は 1,700 人弱の村で行っている「デリバリー作業」の場面である。昔、自分たちが植林した杉や檜を使用して、村の職人にも協力してもらい、「しゃもじ」製作を行っている。小さな集団ではあるがこの仕事の作業（内職）がこの地区の高齢者や認知症の人を元気にしている。レビー小体型認知症、血管性認知症の人も参加しているが、仕事の作業を媒体にした人とのつながり、社会とのつながりはその人の表情を明るくし、「お金を稼いでくる！」と元気よく公民館に出ていく姿を見るためか、介護している家族の心理的負担も減少していた。人の役に立つこと、稼ぐこと、人から頼りにされること、学ぶこと、愛されること、こうしたことには年齢や病気に関係なく人の心や体を動かし、本来の健康で素朴なその人のあるべき姿を醸し出すのかもしれない。

神谷の言う「まどろみ」の定義は難しいが、前後関係はうまく整理できずとも、気の許せる仲間と目の前のことに喜びを持って関わっているその時には認知症という刺は影をひ

そめ、そのような場への参加が継続されることで、認知症を持っていても周囲との関係性が再構築され、住みやすい地域づくりが創生されていくのではないか。

BPSD 等の鎮静化には病院のような環境が必要かもしれない。しかし混乱がある程度治まったならば、実際の生活場面において当事者が主体となった生活行為の実践を支援することで、認知機能の低下はあったとしても安定した生活の継続が可能になる。アウトリーチ（支援側から出向いて、対象者の生活圏での支援を行う、周辺の社会資源の活用を促進する）の重要性がここにある。

図書を読むことが好きだった人は、図書に囲まれているだけで気持ちが落ち着き、混乱の中においても自分取り戻すきっかけとなる。喫茶店のマスターだった人はコーヒーの匂いがする、コーヒーミルを挽く、ただそれだけで心穏やかになるかもしれない。社会資源側がその認識を持ち、実践を通してながら試行錯誤を繰り返す延長線上に、本当の意味での「Dementia Friendly Community」が構築されていく。Friendly とは優しいという意味だけでなく「理解が深い」と訳したほうが適切に思われる。理解を深めるには互いにコンタクトを持ち、良いも悪いも双方包摂しながら、実践を通しての試行錯誤しかない。その先に互いの理解を超えた「共にある」という感覚が生まれてくるのではないだろうか。それこそがまさに地域包括であり、Friendly Community だと考える。

図表 6-11 しゃもじ磨きの場面



図表 6-12 作業で完成した作品



6.4 イギリスの図書館における認知症支援の取組み

図書館ではどのような認知症支援が行われているのであろうか。本節では先行事例として、イギリスの図書館での取組みを紹介する。イギリスの図書館では、さまざまな認知症支援サービスが提供されているが、本節では、回想法キットの提供と「処方箋としての読書プログラム (Reading Well Books on Prescription)」を取り上げる³⁹⁾。

6.4.1 回想法キットの提供

イングランド南東部イースト・サセックス (East Sussex) のイーストボーン図書館 (Eastbourne Library) や、イングランド東部ノーフォーク (Norfolk) のノーフォーク・

アンド・ノリッチ・ミレニアム図書館（Norfolk and Norwich Millennium Library）では、回想法キットが提供されている。

回想法キットとは、回想法を効果的に行うためのツールである。回想法とは、アメリカの精神科医ロバート・バトラーによって提唱され、心理療法として開発された心理療法である。高齢者の過去への回想に対して、聞き手が受容的・共感的に関わることによって、高齢者の人生の再評価や生活の質の向上、精神状態の安定などが得られるとされている。認知症の予防や進行抑制の効果が見込まれ、心理学や医学、看護学、社会福祉学などの分野で取り入れられている。

回想法キットは、高齢者が生まれ育った時期の故郷の写真、幼い頃に読んだ絵本や遊んだおもちゃ、若い頃に読んだ図書や流行した音楽 CD などから構成されている。視覚、聴覚、触覚、嗅覚を刺激するあらゆるものが回想法キットの構成物になり得る。さまざまなテーマに沿ってパッケージ化されている。

図表 6-13 ノーフォーク・アンド・ノリッチ・ミレニアム図書館の回想法キットのパンフレット



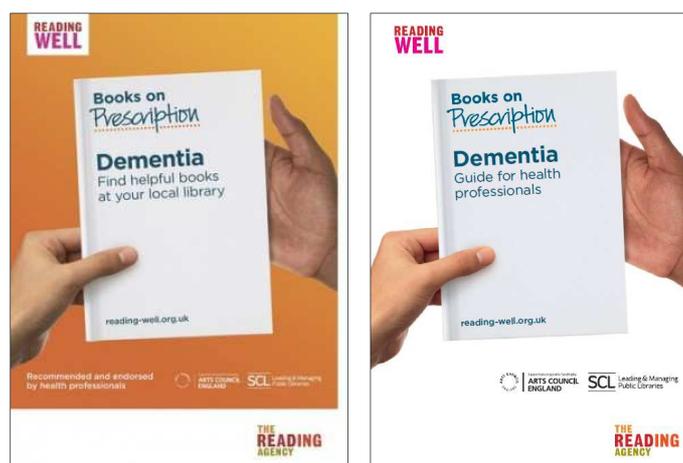
ノーフォーク・アンド・ノリッチ・ミレニアム図書館では、人生の転機である結婚式に関連した回想法キット、イギリスの文化であるパブに関連した回想法キット、1970年代の図書や音楽、雑誌、新聞、CDなどを集めた回想法キットなど、約150の回想法キットが提供されている。例えば、カフェに関する回想法キットは、ティーポット、ティーカップ、ナイフやフォーク、カフェのメニュー、昔のカフェの写真、アフタヌーンティやティーポットに関する図書、スコーンやケーキのレシピ、毛糸で作ったビスケットやケーキなどが、一つのキャリーバッグに納められている。各構成物は、寄贈されたり、eBayなどのネットオークションサイトで落札されたりして収集され、図書館員によって組み合わせられる。

これらの回想法キットは、一般の図書館資料と同じように、蔵書検索システムで検索することができ、貸し出しされている。回想法キットの利用の手引きも提供されており、回想法キットの効果的な使い方が解説されている。

6.4.2 処方箋としての読書プログラム

「処方箋としての読書プログラム」は、2013年（平成25年）6月からアーツ・カウンシル・イングランドの助成によって開始された。図書館長協会（Society of Chief Librarians）によって2013年（平成25年）1月に発表された公共図書館の基本的サービス指針であるユニバーサル・オファー（Universal Offers SCL）の一環として位置づけられるメンタルヘルス支援プログラムである。ユニバーサル・オファーでは、公共図書館にとって不可欠なサービスとして、健康（Health）、読書（Reading）、情報（Information）、デジタル（Digital）の4領域があげられているが、同プログラムは健康領域に当たる。

図表 6-14 認知症のための処方箋としての読書プログラムのパンフレット



同プログラムは、読書協会（The Reading Society）や、家庭医学会（Royal College of General Practitioners）、精神科医学会（Royal College of Psychiatrists）、イギリス看護学会（Royal College of Nursing）、イギリス心理学会（The British Psychological Society）などのメンタルヘルス関連組織とともに推進される認知行動療法プログラムである。認知行動療法とは、気分や行動がものの考え方や受け取り方といった認知のあり方の影響を受けるという、気分や行動と認知の関係性に着目した精神療法である。認知のゆがみを修正し、問題解決を手助けすることによって精神疾患を治癒することを目的とする。

「処方箋としての読書プログラム」では、セルフヘルプのための読書が中核となっており、メンタルヘルスに関する30タイトルの推薦図書リストが掲載されたパンフレットが作成されている。家庭医、カウンセラー、セラピストなどのメンタルヘルスの専門家がそのリストの中から患者に適切であると思われる図書にチェックをつけ、患者が図書館にそのチェックがつけられたパンフレットを持参すると当該図書が借りられるという仕組みになっている。

メンタルヘルスの専門家が推薦図書を処方するところから「処方箋」という言葉が使用されている。パンフレットは図書館にも配置されており、家庭医等の推薦がなくても自ら図書を選んで借り出すこともできる。

この仕組みは、国民健康サービス (National Health Service: NHS) 傘下の特別医療機構である国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) のガイドラインに沿って組み立てられている。国立医療技術評価機構のガイドラインでは、認知行動療法ベースのセルフヘルプのための読書を、うつ病や不安症、恐怖症、摂食障害などの治療のファーストステップとしてとらえている。

実施初年度の評価報告書では、下記のような結果が報告されている。

- (1) 約 27 万 5 千人、イングランド人口の 0.7% が同プログラムを利用した。
- (2) 約 7 千人の家庭医やメンタルヘルスの専門家が、処方者として同プログラムに参加した。
- (3) 利用者に対する調査結果は、下記のとおりである。
 - ・ 図書を読んで役に立った：91%
 - ・ 自らの状況がより理解できた：79%
 - ・ 症状が軽減されたあるいは改善された：37%
- (4) 処方者に対する調査結果は、下記のとおりである。
 - ・ 同プログラムは患者に有用である：すべての処方者
 - ・ 診察や相談の時間が縮小することができたと感じる：半数の処方者

また、処方者によって、無料の信頼性の高い健康情報の提供者としての図書館の役割が強く支持されており、将来的に、認知症や子どもや青少年のメンタルヘルスへの展開が期待されることについても言及されている。

そして 2015 年 (平成 27 年) 1 月より開始されたのが、「認知症のための処方箋としての読書プログラム (Reading Well Books on Prescription for dementia)」である。同プログラムでは、認知症国家戦略を視野に入れ、認知症患者やその介護者に推奨する 25 タイトルの図書が選ばれている。選書は、精神科医学会、アルツハイマー協会、イギリス心理学会などの認知症の専門家によって行われた。

6.4.3 イギリスの図書館における認知症支援サービス

いずれのサービスも、認知症にかかる国家戦略のもとに位置づけられており、「処方箋としての読書プログラム」はメンタルヘルスの専門家と協働する全国的プログラムである。異業者との協働の中で、図書館が地域コミュニティに「無料で」「信頼性の高い」情報やサービスをより広く提供できる社会的基盤であることが再認識されたという。今後もこのような公共図書館の社会的特性を認識した上で、図書館サービスを展開することが重要になってくるだろう。

一方、サッチャー政権以降、新公共経営 (New Public Management: NPM) 政策の中で、イギリスの図書館は苦しい状況に置かれてきた。財政難により、開館時間の縮小や図書館の閉鎖が相次いで起こっており、今後もこの傾向は続くと考えられている。このような中、より社会や地域に求められる図書館サービスを志向するというコンテキストも忘れてはならない。イギリスの図書館における認知症支援サービスは、広がりを見せつつある。高齢者のみならず、子どもや青少年にも対象を広げられる可能性を持つサービスをどのように定着させ、評価するのかが今後の課題となろう。

注

- 1) 牧陽子. 認知症の作業療法への提言—認知症を含む社会的弱者を包摂する地域づくりへの貢献と日本からの発信—. 作業療法ジャーナル. 2015, 49(7), p. 780-785.
- 2) 朝長正徳. 脳の老化とぼけ. 紀伊国屋書店, 1988, p. 52.
- 3) Robert Katzman, Robert D.Terry ; 水谷俊雄訳. 加齢の神経学. 西村書店, 1986. 228p.
- 4) 佐竹昭介. 虚弱 (フレイル) の評価を診療の中に. 長寿医療研究センター病院レター. 2014, (49), p.1-4. <http://www.ncgg.go.jp/hospital/pdf/news/Hospitalletter49.pdf>, (参照 2017-03-07) .
- 5) 厚生労働省老健局.”公的介護保険制度の現状と今後の役割 (平成 27 年度)” . 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf, (参照 2017-03-17) .
- 6) WHO. “10 fact on Dementia” . http://www.who.int/features/factfiles/dementia/dementia_facts/en/index2.html, (参照 2017-03-07) .
- 7) 厚生労働省. “認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の高齢者数” . <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>, (参照 2017-03-07) .
- 8) “認知症有病率等調査について; 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 (厚生労働科学研究筑波大学朝田教授)”. 第 45 回社会保障審議会介護保険部会資料. 2012-06-06. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146270&name=2r98520000033t9m_1.pdf, (参照 2017-03-07) .
- 9) 朝田隆. 有病率: どこまで増える認知症. 臨床神経. 2012, (52), p. 962-964. <http://doi.org/10.5692/clinicalneuro.52.962>, (参照 2017-03-17) .
- 10) Bengt Winblad, Philippe Amouyel, Sandrine Andrieu et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurology*, 2016, 15, p.455-532.
- 11) World Health Organization Call for action by the participants in the First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia (Geneva, 16-17 March 2015).
- 12) 有吉佐和子. 恍惚の人. 新潮社, 1972, 312p.
- 13) “老人医療に関する療養の基準及び診療報酬について”. 第 8 回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会資料. 2007-06-18. 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-7c.pdf>, (参照 2017-03-07) .

- 14) “認知症サポーターキャラバン”. 特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク. <http://www.caravanmate.com/>, (参照 2017-03-07) .
- 15)厚生労働省. “認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)” . http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaikusuishinshitsu/01_1.pdf, (参照 2017-03-07) .
- 16)「痴呆」に替わる用語に関する検討会. “「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書”. 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html>, (参照 2017-03-07) .
- 17)日本精神神経学会監修. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 2014, p.282-300.
- 18)伊古田俊夫. 社会脳から見た認知症. 講談社, 2014, p.78.
- 19)厚生労働省. “知ることから始めよう みんなのメンタルヘルス” . http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html, (参照 2017-03-07) .
- 20)小川敬之. 認知症の作業療法. 第2版. 2016, p.58.
- 21)博野信次. 臨床痴呆学入門. 金芳堂, 2001, p.8-19.
- 22) 朝田隆. 認知症の実態把握に向けた総合的研究：平成22年度総括・分担研究報告書: 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業. 2011, 240p.
- 23)目黒健二. 管性認知症. ワールドプランニング, 2008, p.104.
- 24)小川敬之.”定義と分類・症状”. 認知症の作業療法. 第2版. 医歯薬出版. 2016, p.69-71.
- 25)臼井樹子, 本間昭. BPSD の疫学と統計. 臨床精神医学. 2000, 29(10), p.1225-1231.
- 26)本間昭, 木之下徹編. 認知症 BPSD～新しい理解と対応の考え方～. 日本医事新報社, 2010, p.21.
- 27)柄沢昭秀. 老人のぼけの臨床. 医学書院, 1981, p.1-6.
- 28)Petersen RC,et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch neurol, 1999, 56(3), p.303-308.
- 29)Petersen RC,et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch neurol, 2001, 58(12), p.1992-2001.
- 30)田邊敬貴. 痴呆の症候学. 医学書院, 2000, p.48-65.
- 31)田邊敬貴. 痴呆の症候学. 医学書院, 2000, p.48-65.
- 32)小坂憲司ほか. Lewy 小体病の臨床神経病理学的研究. 精神誌. 1980, 82(5), p.292-311.
- 33)森秀生. 認知症を伴う Parkinson 病. Mebio. 2006, 23(6), p.64-71.
- 34)池田学. 前頭側頭型認知症の臨床と画像診断. Mebio. 2006, 23(6), p.57-63.
- 35)Neary D, et al. Front-temporal lobe degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology. 1988, 51(6), p.1546-1554.
- 36)田邊敬貴. 痴呆の症候学. 医学書院, 2000, p.48-65.
- 37)神谷美恵子. こころの旅. みすず書房, 2005, p.194.
- 38)小川敬之. 認知症の作業療法. 第2版. 医歯薬出版. 2016, p.231-238.

39)初出は下記の通り。

呑海沙織, 溝上智恵子. “イギリスの公共図書館における認知症支援サービス”. 日本図書館情報学会春季研究集会発表論文集. 日本図書館情報学会春季研究集会事務局, 2015, p.8-11.