

総説

社会生活障害としての認知症とその支援

～ 自律的相互依存支援の提案

Empowerment of autonomous interdependency for dementia

牧 陽子

Yohko Maki

はじめに

本稿では認知症を、社会関係性の障害、社会生活障害の視点からとらえ、支援のあり方を再考します。認知症の認知障害として記憶が多くとりあげられますが、記憶に関しても、過去の出来事を思い出せないのが困るのではなく、約束を忘れたり、言ったことを忘れてしまって、今の社会関係性に影響するので、認知症本人も周囲の人も困るのです。本稿では、最初に「他者を知り自己を知る認知機能」である社会的認知について簡単に説明をして、社会的健康の向上を目的とする支援の提案をします。

1. 社会的認知

2013年5月に改訂された米国精神医学会の診断基準Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition : DSM - 5では、認知機能を6領域に分類し、複雑な注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動に加えて、あらたに社会的認知が独立した認知領域

として認められました¹⁾。

社会的認知とは“他者を知り、自己を知る”脳機能ということができます。脳は動的な開かれた系で、外界から刺激を取り入れて、環境の変化に適応していくことで発達していきます。他者との関係性が最も大きな刺激で、そもそも、他者との交流・環境から切り離した脳機能を想定することは意味がなく、認知症も社会生活の障害としてとらえる視点が重要です。

なお、本稿では、他者との関係性をすべて社会と考えますので、家族・介護者との関係性も社会に含まれるとします。したがって、自立が障害される認知症は、終末期にいたるまで、何らかの社会関係性を持つことになります。

1)他者を知る脳

社会的認知の主要な機能は、他者の心的状態を推測する“心の理論 theory of mind”²⁾です。円滑な社会交流には、相手が何を考えて、どのように感じているのかを推察し、行動を予測して対応することが求められま

キーワード：社会的認知、自律・自己決定、相互依存、互惠性、セルフマネジメント

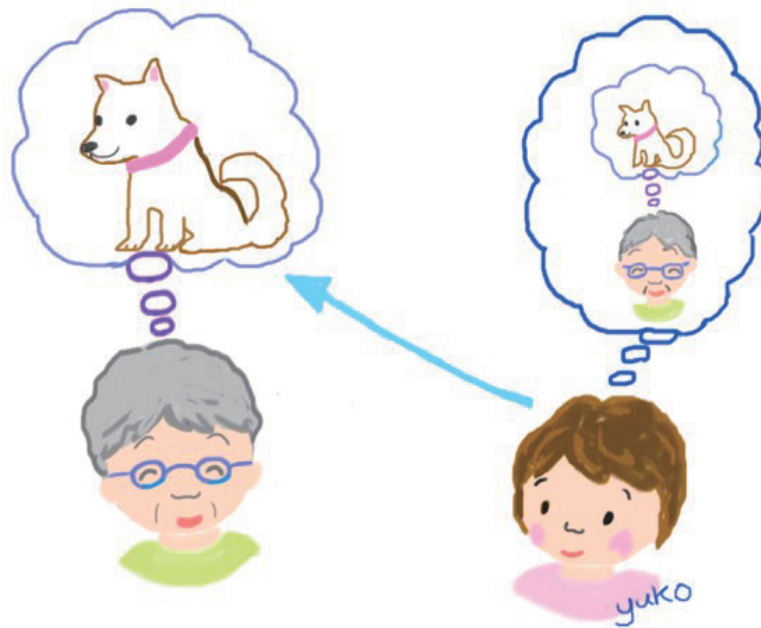


図1 心の理論

日常会話では、心の理論を働かせて相手が何を考えているのかを、推察しながら会話をしていきます。

す。(図1) 心の理論機能は、前頭側頭型認知症 (Frontotemporal dementia : FTD) のみならず、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer disease dementia : ADD ; アルツハイマー病によって認知症を発症した以降を指します) でも低下をしていくことが、メタアナリシスで示されています^{3,4)}。

なお、心の理論を、情動面 (affective theory of mind) と他者の考え意図の推察をする認知面 (cognitive theory of mind) に分けると、情動面の機能はより残存することも報告されています⁵⁾。

心の理論の行動障害型 FTD と ADD での相違に関して、Le Bouc が明快に示しています。心の理論の働きを 1) 自己視点からの現実の認識、2) この自己視点を抑制し、3) 他者視点を取得、という 3 段階に分け、行動障害型 FTD は 2 段階目の抑制機能が低下し、その機能低下には前頭葉の血流低下が関連すること、ADD は 3 段階目の他者視点の取得が困難となること、その困難さは側頭頭頂連結部の血流低下に関連することを報告しています⁶⁾。すなわち、ADD では他者視点の認識が困難になり、他者が自分と異なることを考えているという認識そのものが低下しているという仮説が提唱されて

います。

＜コミュニケーションの障害＞

認知症のコミュニケーション障害としては、失語の議論が中心ですが、軽度認知障害 (MCI) ・認知症初期の段階では、対話の相手の意図理解が困難になるという心の理論に関連する障害への留意が必要となります。日常生活場面での会話は、ニュアンスの読み取りが求められ、特に日本人は、断定はせずに、以心伝心、行間を読むことを相手に要求する傾向にあります。このニュアンスに込められた相手の意図の読み取りに、心の理論が求められます。自験例でも、ニュアンスの読み取りが、軽度認知障害 (MCI) の段階から低下していることが示され、字義どおりに解釈してしまう傾向が ADD に見られます。たとえば「息子が部屋を散らかしているのを見た母親が、『綺麗な部屋』と皮肉をいう」という場면을提示すると、息子は字義どおりに、「母親が綺麗な部屋と感じている」と理解します。そして、「散らかっているのに綺麗というのはおかしい」と論理矛盾には気が付きますが、それが皮肉であることには気づかない認知症本人の例を経験しています。こうした認知症本人に対して、周囲は、字義どおりの文

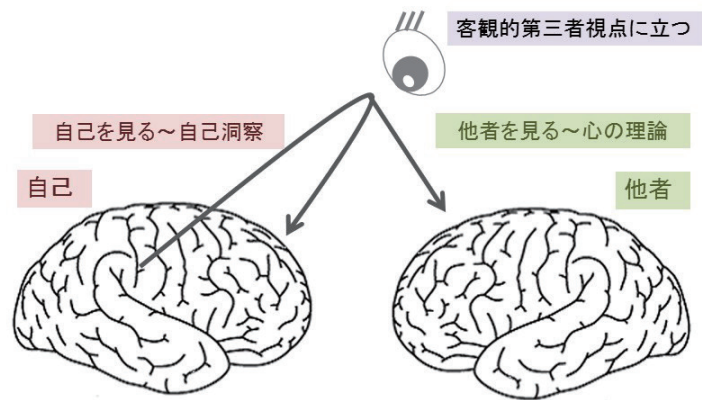


図2 自己洞察と心の理論

第三者視点から自己を評価する機能が自己洞察（病識）、他者を評価する機能が心の理論。

意の理解はできるため、ニュアンスまで通じていると考えがちで、含意のやりとりが困難なことを看過しがちです。発達障害分野でも、高機能広汎性発達障害の言語理解の特徴として、皮肉を字義どおりに受け取り、褒められたと解釈してしまうことで、コミュニケーションが上手くいかないことが指摘されています⁷⁾。広汎性発達障害児と認知症本人のコミュニケーションの特徴に関しては今後の研究が必要ですが、認知症においても心の理論の低下はミスコミュニケーションの一要因となると考えても良いと思われます。コミュニケーションとは、単に情報を伝達することが目的ではなく、ニュアンス・ノンバーバルサインの理解が、より重要な意味を持つこともあります。会話の中での行き違い、性格の変化と感知することが、実は社会的認知という認知機能の低下が関連していることもあります。

<社会的認知予備能 (social reserve)>

ここで、他者を知る脳に関して、“social reserve 社会的認知予備能”が提案されています⁵⁾。認知機能の低下に打ち勝つ力はcognitive reserve 認知予備能とされていますが、社会的認知の認知予備能を特に“社会的認知予備能”として提案がなされています。自験例でも、社会適応力の高い人がいます。支援では、この社会的認知予備能を高める支援が求められると考えています。

2) 自己を知る脳：病識低下は自己洞察の障害の一部

ADD・FTDを中心に、認知症では、認知等機能低下を客観的に評価することが困難になる病識の低下の症状が見られます。この病識の低下は、ADDでは第三者視点にたつて自己を評価する自己洞察の障害として考えられています⁸⁾。認知症では、他者を観察するとともに、参照基準とする自己の評価も困難になっていくことから、適応的行動選択が難しくなっていくのです。

ここで、病識とは、客観的(第三者視点に立つて)に自己の能力を評価する機能(Maki et al, 2012)と定義し、主観的に自己の機能低下を感じる「病感」と区別することが重要です。病識は低下しているが、病感を感じている場合が多く、漠然と自分が他者とは違う、何かおかしいと感じ、その病感が自分自身の存在に対する不安に結びついていると考えられています。

3) 他者を知る脳と自己を知る脳の関係性

第三者視点にたつて、他者を評価するのが心の理論の働き、自己を評価するのが自己洞察で、第三者視点に立つという点で共通すると考えられます。(図2)筆者は、この第三者視点に立つ、社会的な視点取得が、ADDの社会性を理解する上で重要と考えています。視点取得には、側頭頭頂接合部(TPJ)の機能が関連していますが、ADDでは早期からこの部分の血流の低下が見られます⁶⁾。

なお、支援の視点から重要なことは、いか

に social reserve をあげる支援をするか、ということです。その人の視点にたった支援が基本であることはいうまでもないのですが、同時に、その人が他者視点に立つことが困難である場合にも、異なる視点からの考えを伝えることも重要と思われます。たとえば、ものとられ妄想に関して、Alzheimer's Association は、「本人に介護者が心配をしていることを伝え、話を良く聞いて、本人の“意見 (opinion)” を認めた上で、“あなた (介護者) の考えを、本人と共有する”」ことを推奨しています。ここでは、認知症の人に客観的事実を説得するのではなく、「あなた (本人) はこのように考えている、私 (介護者) は違う考えを持っている」と、ものごとには、異なる視点からの見方もある、ということ伝えることを推奨しています⁹⁾。

4) システムとして脳の働きを考える

社会生活においては適応的行動を選択していくために、常に「シミュレーション」を行っています。つまり、何か行動をする前に、これまでの経験等をベースに相手の反応を予測します。ところが相手は必ずしも予測どおりに行動しません。そこで、相手の実際の反応と予測とのずれを検討して、次にどのような行動を返すべきかを考え、さらに相手の反応を予測して行動を選択します。このように、よりよい関係性

をめざして自分の行動を修正し、経験を今後に生かしていくために、経験・記憶の総体を更新し上書きをするという作業を行い、この間、自分の考え・言動は常にモニターしています。

社会生活を円滑に送っていくためには、高度な社会的認知が要請されますが、認知症になると、この記憶の低下をはじめ、社会的認知以外の機能低下も社会適応の障害につながっていきます。

<自己洞察：脳全体のシステムの機能が低下>

非常に簡略的に表現をすると、認知症では感覚情報・行動のフィードバック情報をインプットし、記憶の総体を参照してアウトプットを行う、そのアウトプットをモニターし、行動を修正し記憶の総体を書き換えていく、このシステム全体の機能が低下していくと考えられます。

自己洞察をもう少し詳しく説明をすると、次のような仮説が提案されます。(岩田誠 臨床医が語る認知症の脳科学 参考) ¹⁰⁾ (図3)

情報処理は次のように行われています。

- (1) 感覚のインプット：外界からの情報は感覚情報としてインプットされ、統合されます。行動のフィードバックも感覚情報としてインプットされます。
- (2) 記憶の総体が上書きされ脳に貯蔵されています。

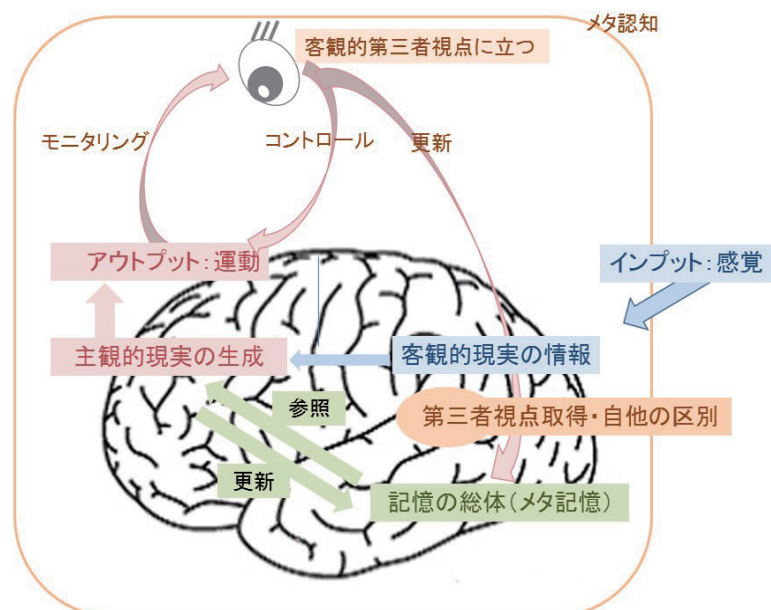


図3 自己洞察

- (3) 感覚情報と、これまでの記憶を参照し、前頭葉で主観的現実を作り出します。
- (4) 相手の心的状態(相手の主観的現実)を、第三者視点から付度し(心の理論)、シミュレーションを行います。
- (5) 生成された主観的現実をアウトプットするとともに、記憶の総体を更新します。
- (6) アウトプットをモニターし行動をコントロールするとともに、記憶の総体を更新します。
- (7) 行動に対する相手の反応(誤差情報)も外部からの情報としてインプットされて、記憶の総体・行動を更新・修正していきます。

わかりやすく言い換えると、「得られた感覚情報を統合し記憶しつつ、相手の気持ちや反応を読み取りながらコミュニケーションを行いつつ、今後適切な対応行動が行えるように自身の記憶情報を更新(アップデート)し続けている」となります。

(なお、記憶の総体、自分が何を知っているかという知識(knowledge about memory)をメタ記憶とする分類もありますが、本稿ではメタ記憶とは、個人の記憶に関する知識、および記憶過程・状態のモニタリング、実行制御機構を包括した概念と考え、自分が何を知っているか、という知識は記憶の総体と表現しています。)¹¹⁾

ADDでは

- (1) 感覚のインプット・感覚の統合に障害のあるケースもあります。聴覚・視力が低下している場合には、感覚のインプットの段階で情報に変容する可能性がありますし、感覚の統合に時間がかかったり、統合をする機能の低下の可能性もあります。
- (2) エピソード記憶をはじめ、記憶の総体が低下しているケースが多くあります。記憶の低下は、単語・文章の再現で検査が行われますが、本質的には、記憶の総体が障害されていることにより、判断が変容します。

- (3) 参照をする記憶の総体の低下が主観的現実に影響します。
- (4) 第三者視点をとることが困難となり、抽象的思考が困難になり、シミュレーションが難しくなります。
- (5) 客観的現実との相違がある主観的現実に基づいて、記憶の総体が更新されます。
- (6) 第三者視点の取得・抽象的思考も困難となりアウトプットのモニター、行動をコントロール、記憶の総体も変容します。
- (7) 行動に対する相手の反応(誤差情報)が、第三者視点からの的確に評価できないまま、外部情報としてインプットされて、記憶の総体・行動が更新・修正されます。

たとえば、ものとられ妄想では

- (1) 視力の低下で、良く探せないこともあります。
- (2) 置き忘れをしてしまった、というエピソードを丸ごと忘れてしまっていることがあります。
- (3) 置き忘れの経験が蓄積されずに、過去の経験を参照して「自分が置き忘れたのでは？」という発想を持ちにくくなります。
- (4) 他者からの客観的な事実の指摘を受け入れにくくなります。(自己視点が正しい、という認識になりがちです。)
- (5) 自分は置き忘れていない、ということが主観的な事実で、
- (6) 自分は置き忘れていない、他者がとった、ということが記憶の総体に上書きされ、
- (7) 妄想が強化されていく可能性があります。

このように、社会的認知が判断にどのように関わっているのか、思考の流れを理解すると、なぜ、「とられた」という妄想が強化されていくのか、なぜ、他者の指摘を受け入れられなくなるのか、理解することができます。

支援においては、全人的な視点が重要となります。DSM-5では、認知機能を6領域に分ける提案がなされました。血管性認知症で大きな

病巣がある場合には、その病巣に対応する高次脳機能を中心に支援を考えることが有効となりますが、ADDのように、脳機能が全般的に低下していく場合には、脳全体をシステムとして認知機能全般の低下を考えていくことが求められます。認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) は多要因であり、支援には分析と統合の視点が必要であることのコンセンサスはできつつありますが、認知機能の支援においても、認知領域の分析と、システムとしての統合の視点が必要となります。

2. 社会生活障害としての認知症の視点

社会的認知を認知症診断基準に取り入れることにより、認知症は関係性の障害という認識が広がってきました。

システムとしてとらえる視点に世界保健機関 (World Health Organization; WHO) の提唱する国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)¹²⁾ を重ねて考えることで、理解が促進されます。ICF は、認知症を含むリハビリテーションの基本で、健康状態を機能レベル (心身機能・身体構造)、活動レベル、参加レベルに分けて評価します。活動レベルは、目的をもった生活行動

全般を示す概念で、日常生活動作 (ADL) に加えて文化的活動・趣味活動も含まれます。参加は社会レベルで、ICF が活動にとどまらず社会参加・社会的包摂をゴールとすることを示しています。背景因子として個人要因・環境要因があげられています。個人要因は、個人史・(病前) 性格等で、環境要因は、物的環境のみならず、人的・社会的環境を含みます。自立が障害されていく認知症の場合では、介護者を含む人的環境、社会的環境が重要となります。

ICF は個々の要素を個別に理解するのではなく、相互関連を持つものとしての理解が肝要で、相互関連性を前提とした支援が求められます。たとえば活動レベルの困難さが主訴のケースでは、機能レベルの障害が改善されなくても、適切な環境設定により主訴の困難さが軽減されれば、支援の効果とみなされます。

図4で左側が認知症の本人です。ICF の原図では、左側に環境因子が示されていますが、図4では、左右を逆に示しています。最も重要な環境因子は、周囲の人との関係性なので、環境要因を他者側に示しています。

認知症本人の認知機能はICF の図では機能レベルの“心身機能”に分類されます。

ただし、認知機能には単語記憶・計算のように客観的にペーパーテストで評価される機能の

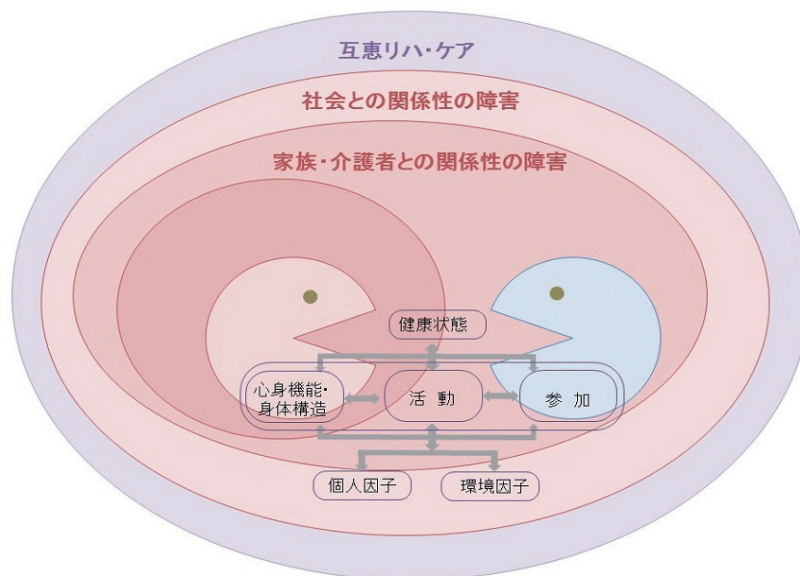


図4 ICFと支援のイメージ

ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health

みならず人との関係性に直接影響する社会認知も含まれます。

記憶の訓練になるとして、回想法が実施されていますが、回想法は過去の記憶を思い出すことに意味があるのではありません。エピソード記憶が障害されて記憶の総体が曖昧になると、現在生きている“その人”のアイデンティティが曖昧になることから、過去の記憶をよすがに、その人がアイデンティティを再確認して(人生を振り返り自信を取り戻し)、現在、生きている関係性をよりよくしていくことに意味があります¹³⁾。認知機能も、単語記憶・計算等、閉じた系ではなく、他者との関係性において、どのように社会関係性に関わっているのかを評価する視点が重要になります。認知機能はその人の一要素にすぎません。認知機能を他者との関係性を含むシステムとして考えるとともに、ICFの枠組で、多角的に分析をして支援を組み立てる発想が有効と考えます。

これまでの支援では、その人のできないことに、症状名のラベルをつけて、その症状に対する対応法を考えるという「医学的」発想がありました。ここには、関係性の相手、相互作用の発想が含まれていません。関係性の相手の要素は、家族が言って納得しない場合も、主治医が同じことをいうと納得する、というような例で日常的に経験していることと思います。また、実際の支援では、認知症本人の反応を見て対応を修正していき、相互作用・対話が重要となっていくます。ここで、求められる能力は、認知的共感能力です。共感には情動的な側面に加えて認知的側面があります。認知的共感とは、相手の言動の背景となる要素を分析して考える能力です(たとえば、ものとられ妄想は1-4)のように分析して考えます)¹⁴⁾。脳機能をシステムとしてとらえる発想、認知機能以外にも要素も総合して考える発想で、認知的共感を働かせることが支援には効果的と考えられます。

3. セルフマネジメントの支援

1) 意思決定

このように、相互作用の発想、関係性の発想で認知症ケアを考える際には、認知症本人の主

体的な他者への働きかけも重要となります。これまでは、「いかにケアを提供するか」の議論が中心でしたが、近年、エンドオブライフケアをはじめ、認知症の人の意思決定支援が重要な課題として注目されるようになってきています。ここで、意思決定は、どのような医療・ケアを受けるのか、という決定に限定されるものではありません。すべての行動は人の自由な意思決定に基づいて行われますので、毎日の生活は意思決定の連続です。生きていく上では、この毎日の小さな意思決定の積み重ねが大切です。

たとえば暴力という行動も、本人の自由な意思決定に基づいた行動です。こうした行動は、認知症本人のストレスコーピング手段という見方もあります。ただし行動の理由は理解できても、暴力という行動の意思決定をしてしまうこと自体が、認知症本人には幸せな選択とはいえません。結果としての行動を規制するのではなく、生活の中で、なるべく、社会的関係性を良好にしていく(social reserveを高める)意思決定をしていくことへの支援が求められると考えています。

“対応方法”“接し方”という発想ではありません。この発想では、認知症本人を「対応法を受ける受動的な存在」とする考えが根底にあります。この考えは、対応法により適応的な行動を促すという、相手の行動をコントロールする発想にもつながっていく可能性があります。すべての行動は自由な意思決定に基づいて行うということは、認知症本人でも全く変わりません。主体である認知症本人は自己決定で生きていく、その意思決定を支援(エンパワメント)していくという発想の転換が必要と考えています。支援は意思決定に対して行い、行動を変容していくのは、認知症本人自身です。

たとえば、1-3)で紹介したように、ものとられ妄想に関して、Alzheimer's Associationは、「本人に介護者が心配をしていることを伝え、話を良く聞いて、本人の“意見(opinion)”を認めた上で、“あなた(介護者)の考えを、本人と共有する”」ことを推奨していますが⁹⁾、これはエンパワメントの一例といえることができます。ここでは、本人の「見つからなくて困っ

ている」という気持ちに共感を示し、本人の主張を良く聞いて本人の主観を認めています。本人の意思決定、結果としての言動を否定・修正することはありません。その上で、介護者自身の考えを伝えます。介護者の意見を受け入れるかどうかは、本人の自由な意思です。本人が介護者の意見を受け入れる姿勢を示したときに、その本人の意思を強化する支援を行うことで、本人の自由な意思決定が尊重されます。

2) セルフマネジメント

では、セルフマネジメントというのは、どのようなことなのでしょう？慢性疾患のセルフマネジメント支援をテーマとする Kate Lorig は、セルフマネジメントの目的を単に病気をコントロールするという消極的なことではなく、病を持ちながらもよりよく生きていくこととし、病の医療面のマネジメントに加えて、病による変化を引き受けて社会的・人生の役割を果たし、感情をマネジメントしていくというウェルネスを指向する視点を提案しています^{15,16)}。

1986年のオタワ憲章では、ヘルスプロモーションを「自らの健康を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと」と定義し、また、「健康というのは日々の暮らしの資源の一つであり、生きるための目的ではない」としています。（日本語訳 神馬

征峰¹⁷⁾ 18) 認知症においても、認知機能の向上・症状改善を自己目的化して毎日を送るのではなく、生きる目的を持ち、その目的に沿った生活をするために認知症を含む健康状態をよりよい状態に維持する、という発想が求められると思われます。オタワ憲章を受けて、健康とは適応と自己管理能力“health, as the ability to adapt and to self manage”とし、身体的健康 (physical health)、精神的健康 (mental health)、に加えて社会的健康 (social health) が提案されています¹⁹⁾。Lorig の提案する社会的・人生役割、感情のコントロールは社会的健康、精神的健康を志向しています^{15,16)}。認知症を持ちながらも、身体的健康、精神的健康、そして社会的健康をめざしていくことが、セルフマネジメントの目的と考えることができます。

図5は社会的健康への支援のイメージです。一番小さい子供が認知症の人とします。他の人と一緒に花を楽しむことを目的とすると、目の前の壁が視界を遮り独力では楽しむことができません (5a)。その人にあった支援 (台) があると、他の人と一緒に花を楽しむことができます (5c)。“その人”にあった支援が必要で、一律の支援では一緒に花を楽しむことはできません (5b)。本人だけが花を楽しむために、他の人が犠牲になるのは、社会的な健康の志向として

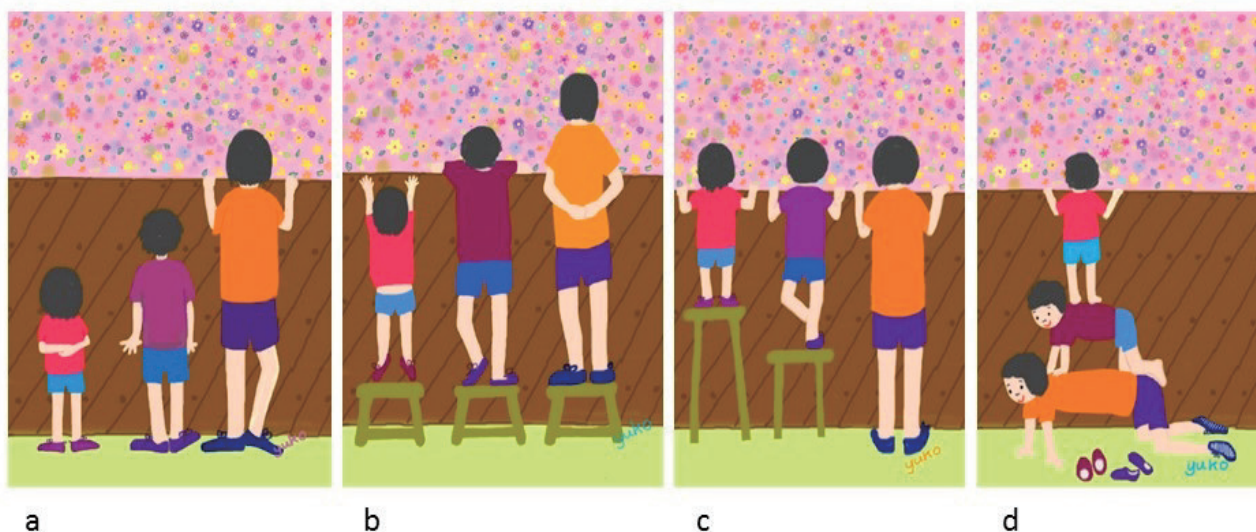


図5 セルフマネジメント支援のイメージ

“Equality versus Equity” 翻案 with our appreciation for Professor Craig Froehle

は適切ではないと思われます(5d)。認知症のあるなしに関わらず、ともに生活を豊かにしていくための支援が、社会的健康を志向するセルフマネジメントの支援(エンパワメント)と考えることができます。

3) 「お互いさまのセルフマネジメント支援」

(Self Management of autonomous Interdependent Life Empowerment : SMILE)の提案

このセルフマネジメント支援として筆者は、「お互いさまのセルフマネジメント支援」(Self Management of autonomous Interdependent Life Empowerment : SMILE)を提案しています。(図6) SMILEは、毎日の生活で目的を持ち、毎日を楽しむための支援です。SMILEでは“independence”自立ではなく“interdependence”相互依存を最初から目的としています。生きていくということは、自立をしていますが、他者との“お互いさま”の関係性で、お互いに支え合っています。認知症になると自立が障害されていきますので、“支え合い”のあり方が変わっていきませんが、生きていくという本質が相互依存にあることには変わりません。SMILEの命名は、ADDの進行度評価

のFASTのStage 7e : 昏睡の前段階の“Loss of the ability to smile” (ADDが進行して終末期に近づいても昏睡になる直前まで笑顔が残る)にも掛けています²⁰⁾。Interdependenceの関係性の中で、終末期まで社会的健康を維持していくことは可能であり、それを支援の目的とすべきと考えているからです。

SMILEは、認知症本人が、毎日の生活を豊かにし、その中から楽しみを見つけ、自身の精神的健康・社会的健康を高めていくための支援です。毎日の生活のあり方が基本になります。認知症予防・支援も、生活全般を見直し多因子同時介入が主流となってきています²¹⁾。

SMILEも認知症予防・進行予防に関して、先行研究で効果の示されている8要素を生活に取り入れていくことを介入内容としています。

ただし、FINGER研究など²²⁾代表的な多因子同時介入研究では、活動内容は研究者が設定するのに対し、SMILEでは、自己決定・自主管理を重視し、本人・家族が毎日の生活での目的を持ち、毎日の生活を楽しむために、8個の項目をどう組み合わせしていくかを主体的に考えていき、その過程を支援します。たとえば、本人が家族に食事を作りたいと思うのであれば、献立を考える(知的刺激)、料理を楽しむ(楽しいと思うことをすること)、楽しく家族で食事をすること(社会参加・コミュニケーション)、家族のために支度をする(誰かのために何かをすること)、食卓で笑うこと(笑うこと)、消化の良い食事で良眠(良質の睡眠)、食事(SMILEでは栄養よりも楽しく・美味しく食べることを重視しています)、支度をするために買い物に行く(運動)、と生活を組み立て、8要素を生活に組み込んでいきます。ただ、認知症予防・進行予防のために、特別に何かをすること、というのでは、健康を自己目的化する生活となります。オタワ憲章にうたわれているとおり、健康は目的ではなく手段であるべきです¹⁸⁾。認知症の進行予防を目的として毎日の行動を決める生活は、認知症に支配された生活となります。認知症にとらわれずに、また、認知症を言い訳にせずに、したいことにチャレンジするなど生活を豊かに

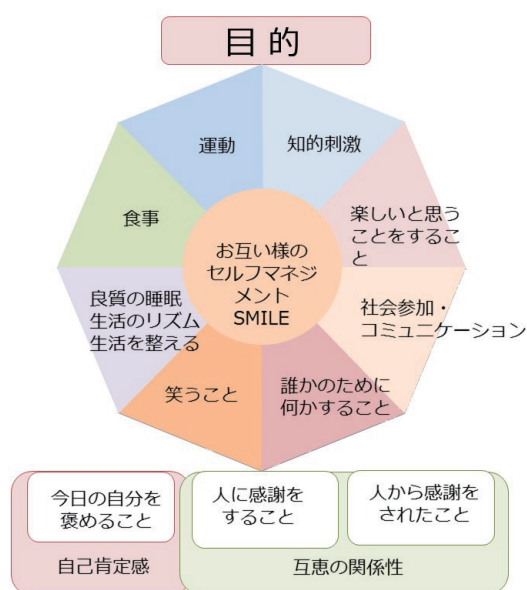


図6 「お互いさまのセルフマネジメント支援」
(Self Management of autonomous Interdependent Life Empowerment : SMILE)

していくことが、結果的に進行予防につながる可能性があります。ここで、たとえ、認知症が進行しても、豊かに過ごした時間は残ります。進行性の認知症は「今」が最もいろいろな機能の高い時期です。その貴重な時間を、将来認知症が進行したときに備えるために使うのではなく、「今」を楽しみ、より生活を豊かにする工夫が認知症を生きる幸せにつながっていくと考えられます。

SMILEの支援(エンパワメント)では、自己肯定感、互惠性・社会的報酬を重視しています。SMILEの支援では、一日の終わりに、認知症本人と家族で、今日一日の生活を見直して、自分で自分を褒めること、人に感謝すること、人から感謝をされたことを記録してもらいます。他人に設定された目標を達成できなかった場合には、自己評価が下がり、意欲が低下していくことが考えられます。思うようにいかなかった日でも、自分を褒められることを探して、自己肯定感を高めることがSMILEの継続には重要と考えます。また、SMILEでは感謝の応酬で互惠の関係性を高め、人から必要とされること、関係性の中で自分の存在を確認することを目的としています。人から承認されることは、社会的報酬として感じられ、意欲を高めていきます²³⁾。ここでSMILEは認知症本人が他者との関係性の中で生きていくための支援なので、本人にも関係性を確認し、他者に感謝をすることを見つけていくことを求めます。

進行性の認知症の場合には、進行にともない、様々な生活上の障害が生じてきます。ここで、SMILEが重視しているのは、生活上の困りごとを解決する方法ではなく、「これから先に何かおこっても、自分の力だけではなく、周囲の人の支援・社会的支援も求めて解決をしていこう、そうすれば乗り越えていくことができる」という自分と周囲への信頼感を持つことです。困りごとが生じたときに、支援を積極的に求め、動員する力も生きていく力として評価することができます。すべての生活の障害に備えることはできませんが、こうした信頼感を持っていれば、困りごとが起こった際には、積極的に解決策を探していく姿勢を持つことができる

と考えています。作業療法の分野で、認知症本人と家族が毎日の生活の中で趣味活動を共有する中で関係性を再構築していく支援が実践されています。この支援により認知症本人・家族ともに生活の質(QOL)が向上し、認知症本人のBPSDを改善し、家族の介護負担を軽減することが報告されています^{24,25)}。

ここで、家族との協働作業である点に疑問を持つ人もいることと思われます。現実には独居の認知症者への支援が喫緊の課題となっていますが、SMILEはinterdependence相互依存の提案ですので、家族の支援を受けられない者、独居者に関しては、今後の課題と考えています。

そもそも、SMILEで、interdependence相互依存としたのは、生きていくということは“お互いさま”の関係性で、完全に自立をして一人で生きていくということは想定できないからです。大切なことは、自立ではなく自律(autonomous自己決定)で、“autonomous interdependence”自律的な支え合いです。Craigらも、慢性疾患のセルフマネジメント支援の認知症への適応の可否について研究をしていますが、自立を前提とする糖尿病などの慢性疾患のマネジメント支援の方法は、そのまま認知症に適応していくのは課題が多いと報告しています^{26,27)}。そもそも、認知症は自立が障害されていく疾患ですので、自立を前提としたセルフマネジメントは可能であっても、ごく初期に限定されると思われます。できるかぎりの自立を望み、その支援をするということも重要ですが、進行にともなって、いずれはできなくなるときが来ると思われます。SMILEでは、最初から“interdependence相互依存”の支援としています。初期から、家族と生活を楽しむことを目的として、自分でできることは自分でしつつも、できないことは人の手を借りて生活をしていく、という発想です。たとえば、服薬管理ですが、服薬管理の目的は、薬をきちんと服用することで、「薬の服用を忘れないようにする」ことが目的ではありません。無理に訓練をすることより、服薬管理は家族に任せる方が本来の目的を達成できます。本人が、「薬はきちんと服用したいので家族に任せよう」という意

思決定をする、ということも大切です。自分で“依存”を意思決定するので、“autonomous interdependence 自律的な相互依存”なのです。進行にともないできないことが増えていっても、人の手を借りつつ自分のできることを探して積極的に生きていく支援をめざしています。

価値観ですが、筆者は、認知症とともに幸せに生きるという生活は、人の手を借りてそれに感謝をし、自分が他者にできることは他者にする、という相互依存の関係性に守られて安心して生きていくことと考えています。未発表データですが、認知症本人は家族に心理的サポートを提供することに喜びを感じ、家族は本人から心理的なサポートを受けて感謝していると回答する介護家族も多くいます。このように、家族間でサポートの授受は、互惠の関係性をめざすことができると考えています。

まとめ

SMILEは一つの支援の提案で、今後の効果検証が必要です。そのほかにも多様な支援の提案で認知症を持つ人の生活が豊かになることが望めます。ここで、理論から入るのではなく、実際の支援からのボトムアップの発想が有効と考えています。地域の先進的な活動の多くは、目の前の人の生活を豊かにしたいという動機から生まれています。SMILEも認知症本人・家族、また地域の優れた支援に教えていただいたことを言語化したものです。万人に合う支援はありませんので、多くの提案の中から、個々の認知症本人・家族が自分に合った支援を選択できる状況が望ましいと考えています。

COI : なし

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Dsm - 5. Arlington : Amer Psychiatric Pub, 2013.
- 2) Frith C, Frith U : Theory of mind. Curr Biol 15 : 644 - 646, 2005.
- 3) Bora E, Walterfang M, Velakoulis D : Theory of mind in behavioural - variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease : a meta - analysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 86 : 714 - 719, 2015.
- 4) Sandoz M, Demonet JF, Fossard M : Theory of mind and cognitive processes in aging and Alzheimer type dementia : a systematic review. Aging Ment Health 18 : 815 - 827, 2014.
- 5) Fliss R, Le Gall D, Etcharry - Bouyx F, et al : Theory of Mind and social reserve : Alternative hypothesis of progressive Theory of Mind decay during different stages of Alzheimer's disease. Soc Neurosci 11 : 409 - 423, 2016.
- 6) Le Bouc R, Lenfant P, Delbeuck X, et al : My belief or yours ? Differential theory of mind deficits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. Brain 135 (Pt 10) : 3026 - 3038, 2012.
- 7) 安立多恵子、平林伸一、汐田まどか、他 : 比喩・皮肉テスト (MSST) を用いた注意欠陥／多動性障害 (AD／HD)、Asperger 障害、高機能自閉症の状況認知に関する研究. 脳と発達 38 : 177 - 181, 2006.
- 8) Maki Y, Ymaguchi T, Yamaguchi H : Anosognosia in Alzheimer's Disease Dementia. In Alzheimer's Disease : Risk Factors, Diagnosis, Coping and Support, pp1 - 18, NOVA Publishers, 2015.
- 9) Alzheimer's Association : Suspicion, Delusions and Alzheimer's. available from : <https://www.alz.org/care/alzheimers-dementia-suspicion-delusions.asp>. (cited 1 Feb 2018)
- 10) 岩田誠 : 臨床医が語る認知症の脳科学, 日本評論社, 2009.
- 11) 楠見孝、高橋持明 : 認知科学ハンドブック第V編 第4章 メタ記憶, pp238-249, 共立出版, 1992.
- 12) World Health Organization : International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 2017. Available from : <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (cited 1 Feb 2018)
- 13) Akanuma K, Meguro K, Meguro M, et al : Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. Psychiatry Res 192 : 183 - 187, 2011.

- 14) Decety J, Yoder KJ : Empathy and motivation for justice : Cognitive empathy and concern, but not emotional empathy, predict sensitivity to injustice for others. *Soc Neurosci* 11 : 1 - 14, 2016.
- 15) McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, et al : Self - management : Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin* 61 : 50 - 62, 2011.
- 16) Lorig KR, Holman H : Self - management education : history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 26 : 1 - 7, 2003.
- 17) 神馬 征 峰 : オ タ フ 憲 章. Available from : <https://www.weblio.jp/content/%E3%82%AA%E3%82%BF%E3%83%AF%E6%86%B2%E7%AB%A0> (cited 1 Feb 2018)
- 18) World Health Organization : The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 available from : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. (cited 1 Feb 2018)
- 19) Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al : How should we define health ? . *BMJ* 343 : d4163, 2011.
- 20) Reisberg B : Functional assessment staging (FAST) : *Psychopharmacol Bull* 24 : 653 - 659, 1988.
- 21) Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, et al : Defeating Alzheimer's disease and other dementias : a priority for European science and society. *Lancet Neurol* 15 : 455 - 532, 2016.
- 22) Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al : A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at - risk elderly people (FINGER) : a randomised controlled trial. *Lancet* 385 : 2255 - 2263, 2015.
- 23) Izuma K : The social neuroscience of reputation. *Neurosci Res* 72 : 283 - 288, 2012.
- 24) Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG : Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA* 308 : 2020 - 2029, 2012.
- 25) Gitlin LN, Winter L, Vause Earland T, et al : The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia : feasibility, acceptability, and replication potential. *Gerontologist* 49 : 428 - 439, 2009.
- 26) Mountain GA, Craig CL : What should be in a self - management programme for people with early dementia. *Aging Ment Health* 16 : 576 - 583, 2012.
- 27) Sprange K, Mountain GA, Shortland K, et al : Journeying through Dementia, a community - based self - management intervention for people aged 65 years and over : a feasibility study to inform a future trial. *Pilot Feasibility Stud* 1 : 42, 2015.