

## 『社会脳からみた認知症』 2014/11/21 ブルーバックス、伊古田俊夫著、 2015.1.21 岡安

著者は、1949年埼玉県生まれ、北大医学部卒。北海道の勤医協中央病院名誉院長。日本脳神経外科学会専門医、認知症サポート医。勤医協とは民医連（民主医療機関連合会）に加入する公益社団法人北海道勤労者医療協会の略称。

### 本書のテーゼ

「認知症とは、社会脳が壊れる病気である」と考えられる。認知症が「社会的認知の障害」であるなら、認知症の理解は大きく変わる。

- ・ 認知症の人の不可解な言動に、家族や介護者は困惑し、ため息をつく (p.224-225)
  - 話している最中にプイッと無視して去っていく
  - 自宅にいるのに「家に帰る」と繰り返し言い、出て行こうとする
  - 病気であることを自覚できず、病院に行こうとすると怒り出す
  - ちょっとしたことですぐに怒り、ときに暴力をふるう
  - 介護する家族の大変さを理解してくれない
- ・ 認知症の人は、周囲の人の表情や感情の変化に気づく力が落ちている—なぜ？
  - 人の気持ちを理解する
  - 人の痛みを我が痛みとする
  - 自分のいたらなさを反省する
- ・ 認知症の人に生じる「心の変化」は、記憶の障害や知的能力の低下だけでは説明できない。他人の気持ちを理解し、周囲の人とうまく生活していく「社会的な能力の低下」としてとらえなければ、十分にその原因を究明することができない。
- ・ 社会脳科学は「社会脳」という脳の新たな姿を提唱している。
- ・ 明らかになってきた社会脳の解剖マップは、社会脳と称される脳の領域が、認知症によって侵される脳の領域とほぼ重なることを示した。
- ・ ところで、その「社会的認知」とは？ (p.56)
  - ① 目つき、顔つき、表情などをみて、人の気持ちや心の内を推測する（表情の認知）
  - ② 他人の心の痛みを自分の痛みとして感じる（共感・同情）
  - ③ 相手の気持ちを推し量りながら自分の行動を決める（駆け引き）
  - ④ みんなで協力し、物事を行う（社会性・協調性）
  - ⑤ 自己の感情、欲望を適切に抑制する（理性的抑制）
  - ⑥ 自分を振り返る、反省する（自己の認識・自己モニタリング）
- ・ 新しい認知症の診断基準 ～ 米国精神医学会編『DSM-5』（精神障害の診断と統計の手引き<第5版>）の紹介

### 第1部（基礎知識）

認知機能とは何か？—その分類 (pp.39-40)

- ① 新たなことを学習し記憶する（学習と記憶）
- ② 自分の置かれた状況を理解する（見当識）
- ③ 言葉を正しく理解し語る（言語）

- ④ 物事を正しく実行する（**実行機能**）
- ⑤ 自分の周囲ことに注意を払う（**注意**）
- ⑥ 自分で見たものを正しく理解する（**見分け**）
- ⑦ 人の気持ちを理解する、共感し同情するなど（**社会的認知<前出>**）

#### 認知症の代表的な原因疾患（p.40）

- ・ アルツハイマー型認知症
- ・ レビー小体型認知症
- ・ 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症、意味性認知症など）
- ・ その他脳変性疾患（進行性核上性麻痺、舞踏病など）

（以上4つは原因不明↑、↓以下の4つは原因が明確）

- ・ 血管性認知症
- ・ 頭部外傷後遺症
- ・ アルコール性認知症
- ・ 感染症後遺症（ヘルペス脳炎、インフルエンザ脳症など）

#### 複数の疾患が重なる「混合型認知症」（pp.41-42）

- ・ アルツハイマー型認知症の3分の1では、脳卒中後遺症を合併している。
- ・ アルコール性認知症は単独で診断されることは少ないが、各認知症を悪化させる要因になっている。
- ・ 高次脳機能障害の人のうち、記憶障害や見当識障害、病識の欠如などが認められる人が認知症であるといえることができる。

#### 認知症はどんな症状？（pp.42-43）

1. 記憶障害（最初に現れる共通した特徴）
2. 見当識障害
3. 病識の欠如

→1 の物忘れだけで生活上のトラブルを起こすことは稀。2 の見当識障害が重なった時に注意が必要。

→2 や3 は、脳の前頭葉と頭頂葉の広い範囲が侵されることで生じる

#### 「中核症状」と「行動・心理症状」（pp.44-46）

- ・ **中核症状**は脳の障害に基づく症状で、すべての認知症患者に現れてくる。冒頭の「認知機能」の①から⑦までを含む。
- ・ **行動・心理症状**は、個々の体調や生活環境に影響されて出てくる症状。
  - 行動症状  
徘徊、不穏・易興奮性、焦燥、逸脱行為、脱抑制行動、身体攻撃性、介護拒否、叫声、多動・落ち着かない
  - 心理症状  
妄想（物盗られ、不倫）、幻覚（幻視、幻聴）、睡眠障害、抑うつ、無関心・無意欲、不安、誤認、易怒性
- ・ 近年の研究では、レビー小体型認知症における幻覚症状や、前頭側頭型認知症での立ち去り行動・常同行動などは中核症状に移した方が適切と考えられ始めた。

- ・ 「せん妄（譫妄）」も重要～（意識障害の一つ。軽度ないし中度の意識混濁があり、妄覚と精神的な興奮を伴う状態。慢性アルコール中毒老年性認知症代謝障害などに見られる）

### 認知症タイプの画像診断（pp.48-52）

- ・ **タイプ判断**は、医師は主に臨床症状を基に診断する。
  - 大雑把に言って、タイプ診断は10人に1～2人の割合で「誤診」の可能性。
- ・ **画像診断**としては、CT（コンピュータ断層撮影）とMRI（核磁気共鳴画像法）が一般的。どちらも「形に変化が現れる病気」に有用。
  - しかし、認知症は“形に変化が現れにくい”病気なので、無力の場合あり。
- ・ 現在の画像診断法は「**脳 SPECT（単一光子放射断層撮影）**」が広く利用される。
  - **脳 SPECT**で映し出されるものは、「脳血流の低下した部位」
  - 放射性同位元素を含む薬剤を静脈注射し、ガンマカメラで撮影し画像処理
- ・ 新しい**脳 SPECT**用薬剤も開発（「**ダットスキャン**」）
  - 「ドパミントランスポーター」に結合して、脳内のドパミン代謝の一端を画像化することに成功。
  - レピー小体型認知症の早期診断に期待
- ・ 研究面での検査法（社会脳科学の研究においてはこの2つの検査法が必須）
  - **機能的MRI（fMRI、脳血流の増加に伴う酸化ヘモグロビンの増加を測定し、脳の活動を画像化する検査）**
  - **PET（ポジトロン断層画像診断法。陽電子を用いて血流や代謝状態を断層画像化する検査）**

## 第2部（社会的認知の視点）

### 医学・心理学で使う社会的認知とは（pp.56-57）

- ・ 社会的認知とは「社会および社会の人々の情報をうまくキャッチし理解すること」といった意味で使用され、端的に「人とうまくやってゆくための『社会的能力』」（村井俊哉）とされる。
- ・ 社会脳が損なわれると他人の気持ちが理解できなくなり、社会全体（職場、地域含む）の動きや雰囲気が変わらなくなって、社会生活がうまくいかなくなってしまう。
- ・ そこには、少なくともここに示す①～⑥までの社会的能力が含まれる。
- ・ 日常用語とは異なる
  - 日常用語：social recognition (acknowledgement)
  - 専門用語：social cognition

#### <社会的認知の内容>

- ① 目つき、顔つき、表情などをみて、人の気持ちや心の内を推測する（表情の認知）
- ② 他人の心の痛みを自分の痛みとして感じる（共感・同情）
- ③ 相手の気持ちを推し量りながら自分の行動を決める（駆け引き）
- ④ みんなで協力し、物事を行う（社会性・協調性）
- ⑤ 自己の感情、欲望を適切に抑制する（理性的抑制）
- ⑥ 自分を振り返る、反省する（自己の認識・自己モニタリング）

## 脳機能の階層性<生物脳機能、高次脳機能、社会脳機能> (pp.80-81)

- **生物脳機能**  
呼吸、意識、摂食、生殖、運動、感覚など、基礎的な生命維持・種族維持に直結した脳機能
- **高次脳機能**  
言語、記憶、思考、推測、計算、科学技術創出、芸術的活動など文明を生み出した脳機能
- **社会脳機能**  
人の心の理解、共感、連帯、自己認識と反省、利他性、社会性など社会的認知を担う脳機能

## 新しい認知症の診断基準 ~ 米国精神医学会編『DSM-5』（精神障害の診断と統計の手引き<第5版>）の中で6つに整理・拡大 (pp.83-86)

- 「学習と記憶」「言語」「実行機能」「注意」「知覚-運動機能」に加え、「社会的認知」も正式に認知機能として位置づけた。
- (理論上は「記憶障害を伴わない認知症」も存在することになり、議論を呼んでいる)
- ▼ 「**学習と記憶**」の障害は、**従来の記憶障害とほぼ同じ**。新しいことを学習しても覚えられない(記銘力の障害)、短期記憶の障害、長期記憶や自伝的記憶の障害も含む。
- ▼ 「**言語**」の障害は、**これまでの「失語」に相当する**。言葉の理解、話す、表現するなどの機能が侵される。
- ▼ 「**実行機能**」の障害は、**従来のものから次項の「注意」除く**。「多目的な課題をこなす仕事でエラーやミスが増える」「決断や計画づくりなどがあいまいになる」など。
- ▼ 「**注意**」の機能障害は、**従来の実行機能から独立**。「通常の仕事が長くかかる」「初歩的な課題でミスがある」など多彩。
- ▼ 「**知覚-運動機能(知覚構成認知など)**」の障害は、**これまでの失行・失認が整理・拡大されたもの**。空間の認識が困難になり、地図が読めなくなる、方向感覚が悪くなるなどを示す。
- ▼ 「**社会的認知**」の障害は**今回の改訂で新たに加えられた内容**。社会的認知とは社会において人と人の絆、相互理解をうまく築くために必要な認知機能のことで、『DSM-5』では「感情の認識 (recognition of emotions)」と「心の理論 (theory of mind)」の二つを挙げている。具体的には前述の6つの<社会的認知の内容>。

## 心の理論 (Theory of Mind; ToM) : 相手の外観からその人の心を理解する機能 (pp.88-)

- 目や顔、表情などの外観の観察から人の心を探る能動的働き (表情の認知)
  - ◇ 上側頭溝周辺皮質: 視線の向き、目の動きを把握する
  - ◇ 前部帯状回: 相手に関心を抱き、注意を向ける
  - ◇ 側頭頭頂接合領域: 人の表情を把握する
  - ◇ 扁桃体: 相手の表情を見て、その人の感情を理解する
- 上記4つの領域は離れていても神経回路のネットワークを形成し「表情の認知」という一つの働きを担っている。この表情認知のためのネットワークは「ToM ネットワーク」とも呼ばれる。
- **感情の理解**: 相手の喜びや悲しみを理解できるからこそ、人間関係が維持できる。これが壊れると、感情の逆撫でが起きる。

図は p.90

- ネットワークで最も重要な部位は**扁桃体（他の部位で得た情報の判断部位）**。敵から身を守り、危険を回避する警報装置に例えられる扁桃体は、他人の苦しみや怒り、嫌悪感などを理解する脳領域。
- 扁桃体は、感情の理解、特に苦しみや怒り、嫌悪感などのややネガティブな感情に反応すると言われる。
- 扁桃体が壊れると、例えば、いつもニコニコ、誰とでもすぐに親密に。相手の表情に対する理解が乏しく、警戒心が低下する。[→オレオレ詐欺]
- ・ 認知症の人が詐欺に遭う理由
  - 両方の扁桃体が萎縮すると恐怖感を感じなくなり、無防備になって詐欺被害に遭いやすくなると推測される (p.94)。

### さまざまな社会脳と関連部位も紹介されている

- ・ 心と心の相互作用：共感や同情、駆け引き (pp.95-)
- ・ 注意と注意障害 (pp.104-)
- ・ 笑いと幸福感と依存症 (pp.112-)
- ・ 怒りと暴力の脳科学 (p.119-)
- ・ 比喩・たとえの理解と認知症 (pp.128-)  
ウソと認知症、取り繕い反応
- ・ プライド意識と認知症 (pp.136)
- ・ ジレンマと苦悩の脳科学 (pp.140-)
- ・ 過去と未来を展望する脳 (pp.147-)
- ・ 「私とは何者か？」を考える脳 (pp.149)
  - E ネットワーク

### 社会脳の特徴～脳生理学でいう中枢とどこが違うか？ (pp.162-165)

- ・ 脳生理学では、一つの役割を担う神経細胞の集団、脳の領域を「中枢」と呼ぶ。社会脳は脳生理学でいう中枢に似てはいるが、かなり違った特徴を持つ。

<相違点>

- ① **社会脳の脳領域は、中枢と異なり、一カ所でたくさんの働きを担っている。**
  - 社会脳の大部分はネットワーク（多数の脳領域をつなぐ神経回路）で動いている
- ② **損傷を受けた時の症状の現れ方も異なる。**
  - 中枢と呼ばれる部位を傷つけると、必ず一定の後遺症が残る。
  - 社会脳はどこか一カ所が壊れても、意外に明白な症状は出ない。

<ということとは>

- ・ 頭部外傷や脳卒中などの部分的に脳が壊される病気では、社会脳ネットワークの一部が壊れても意外に症状は出ない—この点が社会脳の特徴。
- ・ 逆に、認知症のように脳全体が侵される疾患では、ネットワーク全体がじわじわと傷つけられるために症状が出やすいとも言える。

### 認知症が「社会的認知の障害」であるなら、認知症の理解は大きく変わる (pp.168-169)

- ① まず、認知症という病気の中心症状が、従来の記憶障害から社会的認知の障害へと大きくシフトしていくことが予測される。認知症の人が抱える困難の中心は、記憶の障

害によるというよりも、周囲の人の気持ちや思いを理解できず、自分のもつ問題点的確に把握できない点にある。これがすなわち、社会的認知の障害である。

- ② 「人を無視する脳」「ジレンマに苦悩する脳」「危険なものや危険な人の見分けができなくなる脳」「平然と嘘をつく脳」など、人間の高次な精神機能のメカニズムを解明することに成功した社会脳科学によって、認知症のさまざまな「奇行」を科学的に説明できるようになった。

### しかし、未解明なことも多い (p.170)

- ・ 「幻覚」や「妄想」といった精神症状、「徘徊」など機能的 MRI 検査の対象になりえない症状、「常同行動」「時刻表的生活」など前頭側頭型認知症特有な症状の神経基盤や脳内メカニズムの解明は手つかず状態。

### 認知症を増加させる病気と生活様式

- ① 生活習慣病：高血圧で2～3倍、糖尿病2倍程認知症になりやすい
- ② うつ病の増加（非正規雇用、「働くルール」の喪失などさまざまな社会問題による）2～3倍の危険性。

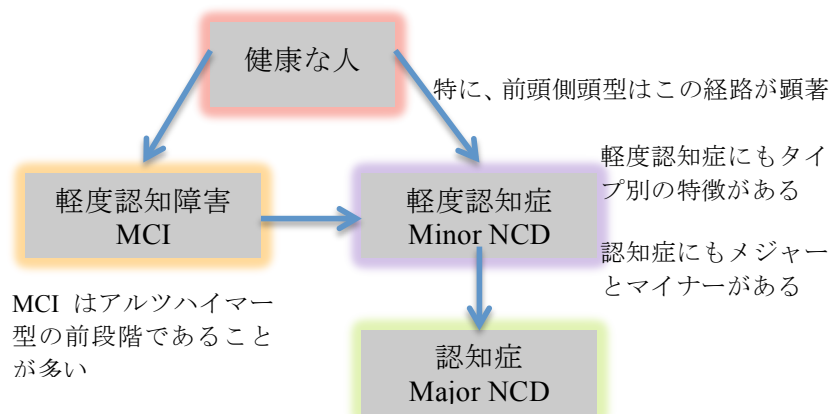
### 認知症“予備軍”の正体--「軽度認知障害」とは

「物忘れとそれに伴う若干の問題を抱えある人」のことで、記憶の障害以外の障害はないということになっている。

- ① 物忘れがあり、それを本人も自覚している
  - ② 周囲の人から「物忘れがひどい」などの指摘がある
  - ③ 記憶検査などで記憶障害がある
  - ④ 記憶障害以外の脳機能（判断力、見当識、会話能力など）は正常で、日常生活は独力で行える（仕事上は多少の支障が出ることがある）
- ・ 軽度認知障害は要するに物忘れ現象がややひどくなって固定化した状態であり、病気の早期症状かもしれないといったもの。
  - ・ （しかし）軽度認知障害を放置すると、5年以内に過半数の人が認知症に移行する危険性をもっている。適切な予防法で相当程度それを阻止できると考えられている。

### 認知症への道 (pp.182-183)

- ・ 軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI)
- ・ 軽度認知症 (minor neurocognitive disorders: Minor NCD)
- ・ 認知症 (major neurocognitive disorders: Major NCD)



## 認知症の促進因子と防御因子

### ・ 促進因子（危険因子）

- ◇ 社会的活動への不参加、家庭内での引きこもり
- ◇ 過度のアルコール摂取
- ◇ 高カロリー・高脂肪な食事、運動不足
- ◇ 生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病など）
- ◇ 高度なストレスの持続、うつ病
- ◇ 喫煙

### ・ 防御因子（一般的な健康法とほぼ重なっている）

- ◇ ウォーキングなどを日常的に
- ◇ 40～60歳で生活習慣病の治療
- ◇ 知的余暇活動、社会的活動、人との交流への積極的参加
- ◇ ポリフェノールの摂取（緑茶、ナス、コーヒー、トマト、カレースパイスなど）
- ◇ 不飽和脂肪酸の摂取（イワシなどの魚、オリーブオイルなど）
- ◇ 十分な睡眠、慢性的な過労の予防

## 認知症を“忌み嫌われる病”へと追いやる判決があった

- ・ 2007年12月、認知症の男性（91歳、要介護4）が徘徊の途中にJR線路内に入り、電車にはねられ死亡し、JRが事故処理にかかった費用（約720万円）を家族に請求した事件。裁判では家族の見守り責任を認定し、支払い命令の判決。
  - 2013年8月名古屋地裁は720万円全額
  - 2014年4月名古屋高裁は360万円（半額）
  - 最高裁未確定
- ・ 「認知症の人とともに暮らす街づくり」「社会づくり」（pp.221-222）の必要性

## 社会脳を守ろう

社会との正しい関係、社会の人々、自分を取り巻くまわりの人々との良好な関係を築くためには、社会脳の正しい活動が不可欠。

社会のあり方そのものも、大きく関係する。人間にとって暮らしやすい社会の実現こそが、社会脳の正しい活動を保証する。

（本書では、図が多用されている）

（本書では「若年性認知症」も大きな問題として取り上げている）

了