

# 認知症高齢者のトータルケア

## — 脳・生き方・暮らしが交錯する場の知 —

日時: 2011年7月30日(土曜日)  
13:00~16:30 (開場 12:30~)

場所: 札幌パークホテル 地下2階 パークプラザ  
札幌市中央区南10条西3丁目

北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科  
文部科学省 学術フロンティア推進事業  
認知症高齢者のトータルケアに関する学際的研究(代表 阿保 順子)

## 目 次

1. 公開シンポジウム 趣旨 .....	1
2. プログラム	
12:50 開会のご挨拶 野川 道子 (北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科長)	
13:00 基調講演	
座 長 : 中川 賀嗣 (北海道医療大学 看護福祉学部 教授)	
認知症医療 ー診断から生活支援までー	
池田 学 (熊本大学大学院 生命科学研究部 教授)	
ご略歴 .....	5
抄 録 .....	6
14:10 休 憩	
14:30 シンポジウム	
座 長 : 阿保 順子 (長野県看護大学 学長)	
平井 敏博 (北海道医療大学 個体差医療科学センター長)	
老いをどう受けとめるか	
鷲田 清一 (大阪大学 総長)	
ご略歴 .....	9
抄 録 .....	10
意識と自己の情報学	
西垣 通 (東京大学大学院 情報学環 教授)	
ご略歴 .....	11
抄 録 .....	12
脳のしくみと認知症症状	
中川 賀嗣 (北海道医療大学 看護福祉学部 教授)	
ご略歴 .....	13
抄 録 .....	14
16:30 閉会のご挨拶 廣重 力 (学校法人東日本学園 理事長)	

### ＜本シンポジウムの趣旨＞

『認知症高齢者のトータルケアに関する学際的研究』とタイトル化された本研究は、平成19年度に文部科学省学術フロンティア推進事業として採択されました。看護学・医学・歯学・心理学・社会福祉学・社会学・人類学・経済学・哲学・運動科学という10分野の研究者が、これまで地道に研究を積み重ねてきました。各プロジェクトにおける主たる研究内容は、三つに集約されます。一つは、認知症の人々の地域生活を支える町づくりという認知症の人々をとりまく環境の研究です。二つ目は、彼らの摂食・咀嚼・嚥下機能の評価をもとにした食事を摂ることへの取り組みと睡眠と覚醒状態のアセスメント指標の開発という認知症高齢者の身体に焦点をあてた研究です。三つ目は、認知症の人々から生活世界はどのように見えているのか、その見え方を支持する看護ケアとはいかなるものか、また彼らがターミナル期を迎えた時、音楽療法はどんな役割を果たすのかという、認知症の人々と周囲との関係に関する研究です。

以上のような認知症高齢者の「環境・身体・関係」という3領域を網羅することによって、彼らのトータルケアを築いていくという目論見が本研究の底流にあります。そして、「環境・身体・関係」は、環境と身体、身体と関係、関係と環境、それぞれが連関して、つまり相互に作用しています。また、「環境・身体・関係」も、その一つ一つに人間と周囲との相互作用という事態が組み込まれています。「相互作用」は二重の意味で内包されているのです。たとえば、環境に焦点を当てている町づくりに関する研究においては、認知症高齢者と町を切り離してみなければ、研究は不可能になってしまいます。暮らし、つまり、住まって、食べて、眠って、活動してという人としての動きと相互連関する、あるいは相互作用する時空というものが想定されて実現するものです。二つ目の研究である摂食・咀嚼・嚥下、そして睡眠と覚醒に関する研究もまた、今述べた暮らしの中核をなす、動く身体と食物、動く身体と自然界のリズムとの相互連関を捉えようとするものです。そして三つ目の研究は、一つ目の研究の当事者版的性格をもっています。つまり、認知症高齢者を中心に据えたときに立ち現われてくる世界の全貌をとらえた時、彼らとの相互作用の仕方がおのずと了解されてくるというケアの考え方が前提にあります。

本研究が学際的なものであることは言うまでもありませんが、根源的には、認知症高齢者のトータルケアを構築していくためには、「閉じられつつ開かれている」人間の生活全体を、「環境・身体・関係」のみならず、その間の相互作用という観点から見ていく研究を目指していると言えます。

こういった考え方が本研究の基盤にあるとはいえ、現実的には、「身体」は“脳機能と行動”をその典型とする理系の知、人の“生き方”としての「関係」、「暮らし」という「環境」に象徴される文系の知という分野縦断的な研究という形をとってしまいがちです。私たちがこれまでの研究活動のなかから見出したことは、こういった分野縦断的な研究で



わかることもあるが、文系の知と理系の知を横断することによって見えてくるものがあるということでした。それこそがトータルケアの構築を促してくれるのではないかという思いです。いわば、「ケア研究」とはわざわざ「トータル」と銘打つものではなく、本来的に学際的なものであるという考え方に至りました。

その意味で、今回は、文系の知と理系の知、そして両者の融合知の観点から、認知症の人々のケアを素材にしながら、ケア研究というものを広く、深くディスカッションしていくという企画をたてました。

基調講演におきましては、池田先生のこれまでの認知症疾患の神経心理学的研究や地域での取り組みであります熊本モデル(官民一体の必要性も含めて)、あるいは認知症の人々の運転に関することなどをご紹介いただきながら、認知症ケアをめぐる問題を多面的にお話しいただければと思います。なお、認知症疾患に関する突っ込んだお話はシンポジウムで中川賀嗣先生に引き継ぐ形をとっていただければと考えております。

本基調講演が、聴衆の皆様にとってもわれわれにとっても、認知症ケアの俯瞰図を手にするための第一歩となることを願っております。

シンポジウムには、社会の具体的な問題と哲学をつなげる試みとしての臨床哲学を提唱していらっしゃる鷺田清一氏、文系の知と理系の知の融合という観点から情報学の西垣通氏、そして高次脳機能科学から認知症研究をしておられる中川賀嗣氏の3氏にご登場していただきます。

鷺田氏には、ご著書『老いの空白』に「認知症という問題が、〈老い〉の思考をめぐる一つの試金石として出てくる」といみじくも記述なさっているように、「認知症の人々の生のありよう」をどう考えるかについてお話いただきたいと思っています。

西垣氏には、認知症理解を促す「相互作用」のバリエーションとして、オートポイエーシスやアフオーダンスなどの考え方をご紹介いただきながら、「環境・身体・関係」がどのようにつながれていくのかについての示唆をいただければと願っています。

中川氏には、脳機能と各種行動との関係について、疾患というattackする側と脳というattackされる側の相互作用として、認知症の人々にみられてくるさまざまな行動を素材にしてお話いただきます。

本シンポジウムが、お話いただくお三方にとっても、お話に参加される聴衆の皆様にとっても、また、ケアという相互性のただなかにはいらっしゃる当事者と介護をなさっている皆様にとっても、そしてケア研究に携わっている研究者にとっても、それぞれの考えを揺さぶる貴重な機会になることを願っています。

北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科 文部科学省 学術フロンティア事業  
認知症高齢者のトータルケアに関する学術的研究  
代表 阿保順子(長野県看護大学学長 前北海道医療大学看護福祉学部教授)

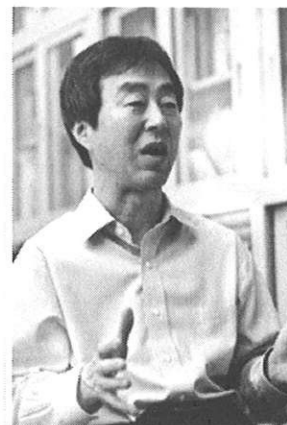


基調講演 13:00～14:10

認知症医療 ー診断から生活支援までー

講師 池田 学 (熊本大学大学院 生命科学研究部 教授)

座長 中川 賀嗣 (北海道医療大学 看護福祉学部 教授)



## 池田 学 (いけだ まなぶ) 先生

熊本大学大学院生命科学研究部 脳機能病態学分野 (神経精神科) 教授

### 【ご略歴】

1984年 東京大学理学部卒業

1988年 大阪大学医学部卒業 同大学医学部附属病院神経科精神科にて研修

1993年 大阪大学大学院医学研究科 (精神医学) にて博士号取得

同年より1年間東京都精神医学総合研究所に国内留学、神経病理学の基礎を学ぶ

1994年 兵庫県立高齢者脳機能研究センター研究員兼医長として認知症患者の診療と臨床研究に従事

1996年9月～ 愛媛大学医学部精神科神経科助手

中山町にて認知症性疾患の地域疫学調査とケアシステムの構築に関する研究に着手する。

2000年～ 1年間ケンブリッジ大学神経科に国外留学、認知症性疾患の神経心理学的研究に従事

2002年～ 愛媛大学医学部神経精神医学講座助教授

2007年～ 現職。 精神症状の神経基盤に関する画像解析、認知症の疾患別治療法の開発

中山町におけるMCIや認知症に関する疫学調査、Semantic dementiaの意味記憶障害研究

2003-2006年 厚生労働省の研究班長として認知症患者の自動車運転に関する研究

2009年～厚生労働省「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」研究班長

熊本では、県全域の若年性認知症の実態調査、高次脳機能障害患者の支援ネットワーク構築、うつ病と自殺予防

介入プロジェクト、認知症疾患医療センター (熊本モデル) による認知症診療ネットワーク構築などに着手している

所属学会等

- ・日本高次脳機能学会 (理事, 学会誌編集委員)、
- ・日本老年精神医学会 (理事, 認定医, 指導医)、・日本神経心理学会 (理事, 学会誌編集委員)
- ・World Federation of Neurology: Research Group of Aphasia and Cognitive Disorders
- ・日本神経精神医学会 (理事)、・日本精神神経学会 (評議員、学会誌編集委員)
- ・日本認知症学会 (理事、学会誌編集委員)、・日本認知症ケア学会 (理事)、他

主要研究領域 老年精神医学, 神経心理学, 老年期精神疾患の疫学, など

主要著書 認知症 (中央公論新社, 2010)

神経心理学コレクション レビー小体型認知症の臨床 (医学書院, 東京, 2010)

専門医のための精神科リュミエール 前頭側頭型認知症の臨床 (中山書店, 東京, 2010～)

アルツハイマー型変性認知症 今日の治療指針 2009年版—私はこう治療している

(山口徹, 北原光夫, 福井次矢総編) 医学書院, 東京, 717-718, 2009

老年期うつ病—認知症との関連を中心に 現代うつ病の臨床

(神庭重信, 黒木俊秀編) 創元社, 大阪, 245-256, 2009)

## 基調講演

# 認知症医療－診断から生活支援まで－

池田 学

熊本大学大学院 生命科学研究部  
脳機能病態学分野（神経精神科）

認知症の大部分は現在の医学・医療のレベルでも早期に発見できれば様々な対応ができるようになってきた。しかし、認知症は状態像であって、一つの病気ではない！多くの疾患が認知症の原因となる可能性があるため、まず症候学に基づく正確な診断の後、疾患別の治療やケア、家族も含めた生活支援を検討することになる。大部分の認知症は慢性経過をとるため、長期にわたる包括的なケアが不可欠である。本講演では、前半に認知症の診断と治療の基本を概説し、後半は地域における包括的支援のために、我々が熊本県で展開している医療連携、医療と介護の連携について紹介する。

認知症の原因疾患を検討する前に、まず必要なステップは、認知症を疑われた高齢者が本当に認知症かどうかを見極めることである。つまり、認知症と認知症類似の状態像を鑑別することである。正常老化による物忘れ、老年期うつ病、せん妄などを丁寧に鑑別する必要がある。

次のステップが、認知症の原因疾患の鑑別と疾患別の治療やケアの実施である。根本的な治療の可能性があるのは認知症全体の10～20%であるが、慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症など原因疾患の種類は多い。早期に発見できれば、予防が可能な認知症に脳血管性認知症がある。ラクナ梗塞や虚血性病変が深部白質に多発し、次第に認知症が出現するタイプの認知症が多いといわれている。したがって、動脈硬化の危険因子である高血圧などの内科的な管理を徹底することで2回目、3回目の脳梗塞を防ぎ、

認知症の発症や進行を抑制することができる。初期の主要な精神症状である意欲の低下に対して積極的に介入し、廃用症候群を予防することが重要なポイントである。アルツハイマー病は、海馬周辺から障害されることが多いため、初発症状は近時記憶障害、次いで見当識障害である。さらに、病変が側頭頭頂部に進展すると、視空間認知障害が出現する。根本的な治療法は未だないものの、これらの認知機能障害に対して進行を遅らせることのできるコリンエステラーゼ阻害薬が使用できる。また、精神症状や行動の異常に関しても、例えば物盗られ妄想には、家族教育やデイサービスの利用による介護者と患者の物理的接触時間の減少、ごく少量の非定型抗精神病薬による治療など、個々の症状に対して有効な対応が確立されつつある。

最後のステップでは、これらの疾患別特徴や認知症の重症度を把握した上で、専門医とかかりつけ医、かかりつけ医とケアマネージャーなどが有機的に連携をはかり、個別の包括的なケアによって認知症の人と家族を支援することになる。その中で、とくに医療に求められるのは、一定期間出現する精神症状の治療と身体合併症への対応である。このような認知症医療の要として期待されている認知症疾患医療センターを、熊本県では人材育成や後方支援を担当する大学病院の基幹型と認知症医療全般や地域の医療機関ならびに介護施設との連携を担う9箇所の精神科病院の地域拠点型を設置し、全県での均質な医療の提供を目指している。





文部科学省学術フロンティア推進事業「認知症高齢者のトータルケアに関する学際的研究」公開シンポジウム  
認知症高齢者のトータルケアー脳・生き方・暮らしが交錯する場の知ー

シンポジウム **認知症高齢者のトータルケア**  
**ー脳・生き方・暮らしが交錯する場の知ー**

「老いをどう受け止めるか」

鷺田 清一（大阪大学 総長）

「意識と自己の情報学」

西垣 通（東京大学大学院 教授）

「脳のしくみと認知症症状」

中川 賀嗣（北海道医療大学 教授）

座長 阿保 順子（長野県看護大学 学長）  
平井 敏博（北海道医療大学 個体差医療科学センター長）

鷺田清一（わしだ きよかず）先生

【ご略歴】

1949年 京都市生まれ

京都大学文学部卒業、同大学院文学研究科博士課程修了

関西大学文学部教授などを経て、大阪大学大学院文学研究科教授など歴任

専攻は哲学・倫理学

【主なご著書】

『顔の現象学（講談社学術文庫）』

『現象学の視線（講談社学術文庫）』

『じぶん・この不思議な存在（講談社現代新書）』

『メルロ・ポンティ（講談社）』

『だれのための仕事（岩波書店）』

『悲鳴をあげる身体（PHP新書）』

『「聴く」こと力（TBSブリタニカ、桑原武夫学芸賞受賞）』

『モードの迷宮（ちくま学芸文庫、サントリー学芸賞受賞）』

『ちぐはぐな身体（ちくまプリマーブックス）』 ほか

## 老いをどう受け止めるか

鷺田 清一

国立大学法人大阪大学

老いということが話題になるとき、介護問題というふうには、いつもまっさきに「問題」として浮上してくるというのは、なんとも寂しいことである。老いは人にとって自然な過程である。だれもが自然のこととして老いを迎える。それがあたりまえのこととしてではなく、「問題」としてまっさきに浮上するとは。

老いの時期、それがずいぶん長くなった。仕事ができなくなると死期は近いと昔の人は感じたが、いまはリタイアしてからの時間が長い。二十年、三十年と続く。たとえば漁師なら、海の上の生活ができなくなると陸（おか）に上がって魚の仕分けをする、網の繕いをする、家に入って孫の面倒をみるというように、死の間際まで働き続ける。人生の最後の最後まで「居場所」というのがはっきり見えるかたちであった。が、いまはほとんどの人が勤務というかたちで就労しているので、定年になると仕事から離れる。そして長い年金生活に入る。人類史を見ても、こんな人生の段階というのはこれまでなかった。

この長い期間をどのように過ごすのか、そのモデルが「老いの文化」として定着することがないまま、いまひとりひとりが人生の最終段階をどのように過ごすのか、いろいろと模索している。趣味に生きたり、ボランティア活動に加わってみたり……。

元気なうちはいい。しかし、だれもがそうであるように、自分のことが自分でできなくなり、いつかは他人のお世話に頼ってしか生きていけなくなる。

すると、いまのように新しい「老いの文化」というものがいまだ見えてこず、しかも介護の必要な期間はどんどん長くなってくと、お年寄りは

遠慮がちにしか生きていけなくなる。可愛いおばあちゃん、素直なおじいちゃんを演じなくては、ちゃんと面倒をみてもらえないのじゃないかと不安になる。

そうした不安が内向きになると、「世話になるばかり、迷惑かけるばかりで、人に何もしてあげられないこんなわたしでも、まだここにいていいのだろうか……」という、悲しい問いが、くびをもたげるようになる。

どうしてそんな悲しい問いがにじみ出てくるのか。「そこにいていい」とたがいにどうして言いあえないのだろうか。

わたしたちの社会がとことん「する」の論理でなりたってきたからではないか。人の存在価値を業績で測る、何をするにも能力と資格を問題にする、何をするにも効率と成績を問題にする……。子ども時代から定年を迎えるまで、ずっとそのチェックが入る。そんな社会では、お年寄りや家庭を守る女性は自分の存在意味をめぐって、いまもって厳しい問いを自分に向けざるをえないのが実情だ。いや、社会の構成員と認められるまでに長い時間を過ごさなければならない十代の人たちだって、幼くしてこのようなみずからの存在価値をめぐる問いを深く抱え込まざるをえなくなっている。

いま、老いの文化について考えるときも、わたしたちはこうした「する」の論理で動く世界ではなく、「いる」ということの価値をそのまま認めあえるような世界のあり方への移行というものを見据えないといけない。いま、老いの文化への問いが抱え込んでいる問いは、けっして老いだけの問題ではないからである。





西垣 通（にしがき とおる）先生

**【略歴】**

- 昭和23年 東京生まれ
- 昭和47年 東京大学工学部計数工学科卒業 日立製作所入社
- 昭和55年 米国スタンフォード大学客員研究員
- 昭和57年 工学博士（東京大学）
- 昭和61年 日立製作所退社、明治大学助教授
- 平成 3年 明治大学教授
- 平成 8年 東京大学社会科学研究所教授
- 平成12年 東京大学大学院情報学環教授（現在にいたる）

**【主な著書】**

専門は文理にわたる情報学、メディア論。小説も書く。近著として下記がある。

- ・ 『コズミック・マインド』岩波書店、2009年
- ・ 『ネットとリアルのあいだ』ちくまプリマー新書、2009年
- ・ 『スローネット』春秋社、2010年

## 意識と自己の情報学

西垣 通

東京大学大学院 情報学環

親御さんが認知症になって介護している友人と話すと、「まるで別の人格になってしまったみたいで、とても辛い」という言葉を聞くことがあります。確かに実の親から「あなた、どなたですか？」などと真顔で尋ねられたら、涙が出てこないはずはありません。そういう患者さんの「自己」は壊れてしまったのでしょうか。自己をささえる「意識」はどうなっているのでしょうか。とはいえ、認知症の患者さんにもむろん喜怒哀楽はあるし、ちゃんと動き回れる人も多いのです。決して無意識で暮らしているわけではありません。

一方、朝から晩までインターネットのゲームに夢中のネットゲーマーは、本当の自己とはちがった「自己」を演じつづけています。中高年の男性が若いギャルになったり、内気な女性が居丈高な独裁者になったり、どんな変身も自由自在。それが解放感をもたらすというのです。意識がやどる身体は一つなのに、その上に複数の人格が宿ることは、いったいなぜ可能なのでしょうか。

どうやら、意識には二種類あるようです。第一は、生物的な「知覚意識」で、これは犬でも猫でも持っています。「意識を失う」とか「意識を取り戻す」などという時は、こちらの意味。われわれは知覚器官にもとづき統合的な身体感覚を維持しつつ生きています。こういう知覚意識が「身体的自己」を支えているわけです。

第二は、社会的な「自我意識」で、これを本格的に持っているのは人間に限られます。「国民意識をもて」とか「階級意識にめざめよ」などという場合の「意識」はこちらのほうです。

大事なのは、自我意識が言語をベースにしていること。この意識が支えているのは「言語的自己」です。

さて、本来、後者つまり言語的自己は、まず前者つまり身体的自己のしっかりした基盤があってこそ存立できるものです。ところが、近代になってメディアが発達するにしたがって、後者がだんだん肥大化し、前者を抑圧しはじめました。つまりそこでは、法律や契約、工程表など、言語的な論理がすべてに優先し、身体的自己を縛りつけ弱体化させる傾向がみられるのです。

とりわけ、コンピュータとは論理的なプログラムにもとづいて機能する機械ですから、いわゆるIT社会では、誰もが、機械部品のように規則通り効率的に行動する、感情の乏しい「マニュアル人間」になってしまいがちです。

このような状況のもとで、ネットゲーマーは「疑似的な言語的自己」を創作することで、身体的自己を解放しようと試みます。また一方、認知症の患者さんはある意味で、言語的自己のしがらみを離れ、身体的自己に立ち返ろうとしているようにも思えます。患者さんの姿は、本来の人間の原型的ありさまを示唆しているのです。そういう観点から、認知症高齢者と接し、そのケアを考えてみることはできないでしょうか。



中川賀嗣 (なかがわ よしつぐ) 先生

【ご略歴】

- 1987年 大阪大学医学部卒業
- 1993年 同大学院医学研究科修了（医学博士）
- 1993年 兵庫県立高齢者脳機能研究センター老年精神科研究員
- 1994年 大阪大学健康体育部および医学部助手
- 2001年 愛媛大学医学部助手、講師
- 2003年 北海道医療大学教授（現在に至る）

(1996年 イタリア政府給費留学生としてローマ・カトリック大学にて海外研修)

精神保健指定医、精神神経学会（指導医・専門医）、老年精神医学会（専門医）  
日本高次脳機能障害学会（評議員，機関誌編集委員，利益相反委員会副委員長）  
日本神経心理学会（評議員，編集委員）、日本神経精神医学会（評議員）など

【主なご著書】 (いずれも共著)

- 『精神医学テキスト（金芳堂）』
- 『精神科臨床リュミエール12（中山書店）』
- 『よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション（永井書店）』
- 『看護のための最新医学講座13巻（改訂版）』（中山書店）』 など

## 脳のしくみと認知症症状

中川 賀嗣

北海道医療大学 看護福祉学部

認知症は、「一旦発達した知能が、脳損傷によって持続的に低下した状態」と原則的には定義される。しかし文中にある「知能」という用語の意味が不明確なため、「認知症」という用語もあやふやなままである。場合によっては特殊なニュアンスを伴って用いられることも多い。例えば「脳が弱って、どんどん症状が進む」というような「負のスパイラル」をさすように思う方もいるかもしれない。しかし認知症という用語にはこうした意味は含まれない。また認知症にみられるほとんどの症状は、認知症と呼ばれない状況下でも頻繁にみられる。ただし認知症という場合には、どんな症状であれ、複数の症状が関与しており、この点は、認知症の特徴の一つといえるかもしれない。

例えば「老化による物忘れと、健忘症での記憶障害は異なる」とよく言われるが、多くの場合、老化による症状と脳損傷時の症状には質的な違いがある。これは何かができる、できないといった二律背反的な違いではなく、いわば脳損傷に伴う症状に現れる“癖（特性）”である。こうした“癖”の中から、比較的簡単な作業に見える『ものを「みて、扱う」動作』に関連する症候を、今日の話題として提供する。

1) 注意の方向偏位：左にあるものに気づかない。誤りを繰り返し指摘しても、気づいていないことを客観的に理解できない。2) 把握反射：自分の手が他人の手のように勝手にものを握ってしまう。3) クロージングイン現象：図形を提示して同じものを横に描くよう指示してもできない。見本の図形はなぞれるが、そこから離れられず、なぞり続けてしまう。4) 使用動作のパントマイム障害：道具を持たずに、しかし持ったつもりで、その道具使用の動きをするように指示してもできず、手を道具の形にして、手を道具とみだてて動作をしてしまう。

これらの症状に共通する点はどこにあるのか。ここで、さらにもう1つ症状を紹介する。

到達・把持動作時の手のずれ：より単純に、眼前にある対象物に手を伸ばし、それを掴むという動作を想像して見て頂きたい。脳の特定の部位が損傷されると、対象物ははっきり見えていて、また手も自在に動かせるのに、手を対象に延ばすと、どうしても手が空間的にずれてしまうことが知られている。

なぜこのような現象が生じるのか、以下の説明がなされている。対象に手を伸ばし、掴むためには、手の位置に関する感覚情報と、対象物の位置に関する視覚情報を、脳内で照合させて、両者がずれないように補正しながら行う必要がある。我々はこの照合を、普段はつきり意図することなく、自身の脳に任せて行っている。この情報の照合(計算処理)がうまく行かないと、いくらずれないように努力しても、手は対象からずれてしまうと説明される。

我々は行為や動作を全て意図的に行っていると考えがちである。こうしたように『意図して「できる」か、「できない」か』と考えると、それができない場合、家族にとっては、出来るのに「さぼっているんだ」、ちゃんと「注意」していないからだとみなすか、あるいは反対に、「このひとは、正しく意図することができなくなった、意思も失われてしまった」、「こんな簡単なことさえできなくなってしまった」と見なしてしまうかもしれない。しかしここに挙げた障害は、行為・動作実現にあたって意図せずに行っている作業が(かなり多く)存在することを示している。こうした障害は、意図的な活動とは別の、普段自分の脳に任せきっている(自動的な)作業の障害であり、その障害は、個別に脳の機械的障害として説明されてきた。そしてこうした障害の発現機序は、先のような家族の判断とは違う判断や、理解の仕方の可能性をもたらす。認知症に関わる、より複合的現象を整理し解きほぐす上での、糸口の一つとなりうるのではないだろうか。