

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 認知症への非薬物的介入 ——生活指導と心理社会的治療——

宇野 正 威 (吉岡リハビリテーションクリニック, 東北福祉大学)

認知症への非薬物的介入として、日常生活の指導、心理社会的治療法の現状と問題点、芸術療法(美術療法と音楽療法)の目指す目的について論じた。生活指導には、摂食、排泄、セルフケアなどの基本的生活に関わるものと、炊事などの知的行為を維持し、社会参加により社会とのコミュニケーションを保つ積極的な生き方に関するものがある。心理社会的治療法は非常に多彩であり、その背景となる考え方も異なる。その中の主な治療法について、その内容と最近出版された総説を基にした評価をまとめた。主に、無作為対照比較試験による研究報告の検討であり、行動療法と介護者への心理教育的介入を除いては厳しい評価を受けている。芸術療法については、「認知症患者の合奏」と「臨床美術」を取り上げた。認知症の中核・周辺症状にどのような効果があるかの観点ではなく、認知症患者の生活の質をどのように高めるかの観点から論じ、最近のリハビリテーションの考え方の中での位置づけを考察した。

### はじめに

認知症は、記憶、言語、行為、認知などの知的機能の障害だけでなく、感情への障害をもたらし、生活機能全体を大きく低下させる。そのため、認知症に対して、薬物療法だけでなく、さまざまな非薬物的介入が広く行われている。後者は非常に広い範囲におよび、一般的な生活指導から、心理社会的治療としてまとめられる介入法、および家族教育も含む。本論では、認知症、とくにアルツハイマー病 (Alzheimer disease: AD) に対する非薬物的介入のなかで、主に次の点について述べる。すなわち、日常生活の送り方についての指導、心理社会的治療法の現状と問題点、および筆者が関係する芸術療法(美術療法と音楽療法)の意義についてである。そして、認知症におけるリハビリテーションの意味について考察する。

### 1. 生活指導

日常の臨床においては、初診時に臨床症状をもとにおおよその診断がなされ、診断確定のために

神経心理学的検査と画像検査の方針を立てる。それと同時に、その時点で ADL にどのような問題があるかを、主に、DAD (Disability Assessment for Dementia) などを用いて把握する。まず、摂食、排泄、身体活動(移動)、身辺自立 (self-care) などの basic ADL を調べる。次いで、電話を掛けることができるか、交通手段による外出がどの程度可能か、買い物や食事の支度ができるか、金銭管理と服薬管理ができるかなど、instrumental ADL を把握する。その後に行われる神経心理学的検査により、記憶と知的機能全体を把握し、basic ADL と instrumental ADL のレベルと合わせれば、認知症の重症度が評価される。AD の場合にはその段階付け、すなわち初期にあるか中期にまで進んだかがわかり、介入すべき生活上の問題が把握できる。

生活指導は、表 1 に示すように、基本的生活の管理と、日常生活機能を低下させないための積極的な働きかけがある。初期および中期前半にある AD では、次のような指導を行う<sup>1)</sup>。まず、でき

表1 生活指導

1. 基本的生活の管理 (栄養, 服薬, 衛生)
2. 日常生活機能の低下を防ぐ対策
(1) 場所見当識: 外出・散歩
(2) 実行機能・行為系列: 炊事, 園芸, 陶芸
(3) コミュニケーション: 社会参加

表2 精神療法と心理社会的治療<sup>1)</sup>

a. 行動に焦点を当てたアプローチ: 行動療法, 介護者への心理教育的介入
b. 感情に焦点を当てたアプローチ: 回想法, 確認療法
c. 認識に焦点を当てたアプローチ: RO, 認知訓練療法
d. 刺激に焦点を当てたアプローチ: 芸術療法 (美術療法, 音楽療法)

るだけ外出と散歩をするように促す。単に身体的活動としての散歩ではなく、場所見当識障害を少しでも遅らせるため、交通機関も利用して少し遠くまで外出し、街の中を歩き、公園で散歩を楽しむこと勧める。第二は、知的な行為を日常生活の中に組み入れることである。AD患者はある段階から、頭頂葉と前頭葉の機能低下を反映して、道具を使用する行為系列を行いにいくくなる。これは個々の運動・動作の障害ではなく、行為全体の段取りが巧く行かなくなるためである。そのような行為障害を防ぐために、手と道具を使用した知的な行為系列を日常生活の中に取り入れる。炊事、園芸、陶芸、工作など何でもかまわない。継続することが大事であり、そのためには本人が興味を持って行うことが求められる。第三は、何らかの意味での社会参加である。その目的は、病気の進行に伴って、言語コミュニケーションが障害され、社会性が低下して行くことを少しでも防ぐためである。そのためには、碁、将棋や各種ゲームを趣味とし、家族とあるいはグループのなかで活動することが好ましく、また、地域で行われているコーラスや踊り、ダンスなどの活動にできるだけ参加することを勧める。

中期後半に入ったADでは、基本的日常生活の管理(栄養, 服薬, 衛生)の比重が重くなる。しかし、やはり自宅に閉じこもらないように、デイサービスなどに参加し、そこでのプログラムに従いながら、少しでも積極的な生活をするように勧める。

## 2. 心理社会的治療

認知症に対する心理社会的治療は非常に多彩で

あり、その背景となる考え方、実施方法は異なる。米国精神医学会が編纂した治療ガイドライン<sup>2)</sup>によると、それらはQOLを改善し、日常生活機能を最大限まで広げるという共通した目標を持ち、付加的な目標として、認知、感情、行動の改善も目指している。すなわち、心理社会的治療はQOLの改善を目標の中心においている。したがって、これらは薬物療法と対比的に捉えるのではなく、認知症患者の生活をサポートするための基礎をなすと考えるべきであろう。心理社会的治療は、ガイドラインによれば、行動、感情、認識、刺激のそれぞれに焦点をあてたアプローチに分けられる。表2は各アプローチに分類される治療法のうち主なものを取り上げた。

心理社会的治療の効果については非常に多くの報告がなされ、総説も行われている。Livingstonら<sup>3)</sup>による、認知症の精神症状管理に対する心理学的アプローチの総説は、個々の論文のエビデンスレベルを評価した上で、さまざまな治療法の推薦度をA~Dの4段階にまとめた。また、コクラン・ライブラリーは回想法、認知訓練療法、音楽療法など非薬物的介入法のいくつかを取り上げている。これらの総説では、無作為対照比較試験(Randomized Controlled Trials: RCT)で行われた研究報告を中心に論じられており、これまでの研究報告に対する評価は厳しい。一方、施設に入所している高齢者の攻撃的行動に焦点をあてた非薬物的介入の総説<sup>4)</sup>では、RCTにはこだわらず、個々の論文を検討し、各種介入法の評価をしている。各治療法の概略とLivingstonらの総説によるその推薦度と問題点を記す。

### (1) 行動療法：推薦度 B

認知症患者が行動上の問題を起こしたとき、それらを発生させた原因を分析することが重要である。問題行動の注意深い記載（いつ、何処で、どのくらいの頻度で起きているかなど）を行い、それぞれの問題行動に先立って何が起き、どのような行動に至ったかを調べる。すなわち、問題行動に先立つ行動や環境因子が見つければ、それをできる限り少なくするような介入の方針を立てられる。RCT を用いた比較的規模の大きい行動療法研究の結果は一貫して肯定的であり、その効果は6ヶ月間持続する。

### (2) 介護者への心理教育的介入：推薦度 A

介護者に支持的なカウンセリングを行いながら、患者とのコミュニケーションをどのように改善するかを教示し、訓練する心理教育的介入である。多くの報告はこの介入で agitation などの行動上の問題の頻度を減少させたという。RCT を用いた研究でもエビデンスレベルは高く、効果は比較的一貫しており、数ヶ月持続したとある。Lan-dreville らの総説<sup>6)</sup>でも、施設のスタッフへの教育と、介護環境の改善が最も有効であったという。

### (3) 回想法：推薦度 D

回想療法は、患者が自らの生活史を思い起こすことで、彼らの記憶と感情に良い刺激を与えようとする治療法である。通常、グループ活動として行われており、週1回以上集まり、昔の物品、写真、音楽、ビデオなども利用しながら、過去の出来事を話し合う。例えば、「学校の出来事で一番楽しかったこと」をテーマに、昔の教科書を見せ合いながら学校時代の思い出を語り合う。欧米の施設では広く行われており、日本でも最近この介入法を取り入れている施設が増している。抑うつ感の改善、不安の軽減、行動上の問題に対する効果を示唆する報告もあるが、まだ十分な検討がなされているわけではない。RCT を用いた研究では、一貫した結果が得られていないという<sup>7),16)</sup>。

### (4) 確認療法：推薦度 D

確認療法は、認知症患者とのコミュニケーションを通じて、感情に訴える心理社会療法である。過去との感情的なつながりを確認することで、自尊心を回復させ、他人とのコミュニケーションを促進し、ストレスや不安を減らそうとする。易怒性への効果を示唆する肯定的な報告もあるが、対照群との比較ではその効果はまだ証明されていない。

### (5) Reality Orientation (RO)：推薦度 D

RO は、自分の置かれている状況を認識できない患者に対して、時間と場所の見当識を訓練し、現在への方向付けを行うことを目的とする。一般的には、決められたプログラムに従って、自分の名前と年齢、家族の名前、現在いる場所と日時などを訓練する。一般的な常識や判断力についても学習する。それによって、周囲の状況をよりよく理解させ、認知症患者の自己規制や自尊心を回復しようとする治療法である。入院患者や外来患者を対象とした研究の中に、引きこもりが緩和し、言葉を発する回数が増えたなど、行動と社会とのコミュニケーションの評価尺度で、効果を示す報告もある。しかし、比較的規模の大きく、しっかりした構成の RCT による研究では、行動上の変化は証明されなかった<sup>7)</sup>。また、RO で注意すべきことは、かえって怒り、欲求不満、抑うつなどが引き起こされた症例報告があることである。

### (6) 認知訓練療法：推薦度 B

認知訓練療法は RO から派生した治療法で、認知症患者に事実としての知識を繰り返し教えるのではなく、情報処理の仕方を訓練する方法である。Livingston ら<sup>7)</sup>は、治療直後とそれに続く数ヶ月間は精神症状の改善が見られ、QOL の改善を見た報告もあると述べ、B 評価を与えている。しかし、Clare ら<sup>3)</sup>は、コクランデータベースにて検討し、認知機能にある程度の効果が示されているが、統計的に有意とはいえないとし、その有効性については結論を保留している。日本において、

音読ドリルや計算ドリルを用いた学習療法<sup>5)</sup>が報告されているが、その評価は今後であろう。

ここで取り上げた総説で主張されているように、非薬物的介入法の効果は基本的には、体系化された無作為抽出対照試験によって証明されるべきであろう。しかし、心理社会的治療法にはさまざまな方法が含まれており、背景となる考え方も異なる。認知症の中核症状である認知機能や行動上の問題を対象とした介入法が多いが、生活面全体の質を高めることを目標とする介入法もある。それら全てを、RCTで証明すべきであるという考えに筆者は賛成しているわけではない。ここでは私が関係している美術療法と、多少関係したことのある音楽療法について、その意義と、リハビリテーションの中での位置づけを、上記とは異なった観点から述べる。

### 3. 音楽療法

音楽療法が認知症のケアに効果があるという報告は、ヨーロッパ・アメリカにおいて1986年頃から提出され始めた。とくに、1991年のアメリカ上院聴聞会 (Special Committee on Aging) において音楽療法が取り上げられ、研究基金が提供されたため、1992年から1994年にかけて多くの報告がなされた。Brotons<sup>2)</sup>はそれらを概観して、次のようにまとめている。①社会的・情緒的スキルを高める：周囲の人達とのとの感情的交わりが多くなり、介護者との触れ合いが深まる。②認知的スキルを高める：なじみの曲と歌詞が記憶を喚起すると共に、その記憶の保持を強化する。③行動上の問題を管理するための代替療法としても役に立つ。そして、音楽活動の中でも、楽器演奏とダンスないし音楽に合わせた体の動きがAD患者に相応しく、病状が進行した段階でも彼らは参加できるという。

一方、Vinkら<sup>14)</sup>は、音楽療法の認知症に対する効果について、対照群を設定して研究された5報告を選び出し、総説した。それらは、agitationなどの行動上の問題が軽減した、認知機能

面では言語の内容と流暢性が改善した、感情面が豊かになった、と示唆した。しかし、評価者はこれらの論文には、研究方法上の問題があるとし、これらから音楽療法が行動的、認知的問題を減少させ、社会的・感情的機能を改善するという結論は出しがたいと指摘した。なお、日本においては、介護施設、デイサービスにおいては、音楽活動はごく一般的に行われているが、音楽療法士の指導のもとで音楽療法として行われている活動はまだ多くはない。そして、その治療的効果を、とくに対照群を設定して検討した報告は僅かである。

音楽療法が認知症の認知と感情面にどのような効果があるかという音楽療法士の観点ではなく、彼らに音楽がどのように感動を与えることができるか、という音楽家の観点から音楽を試みているグループがある。折山らによる‘認知症患者の合奏’である<sup>9)</sup>。そこでは、合奏により、すなわち音楽を「する」ことで、自分の気持ちを表現するように働きかけている。折山によれば、音楽を「する」ことは、もともと、日々の労働、収穫への感謝など生活に密着しており、全身で表現されるものである。誰もが心の奥底に、幼い頃からの生活の中で培われた音楽的感性——リズム感覚——を持っている。その感性を、打楽器や鍵盤楽器を用いて、引き出そうというのである。

合奏の間、演奏者は他の人たちの演奏と協調しなければならぬ。そのため、合奏にはいと緊張感が高まり、自分が何をしようとしているかだけでなく、他の人たちが何を行おうとしているかに注意を払うようになる。そうして、それぞれが役割を果たし、全体としてまとまった音楽が奏でられると、充実感と感動を伴うようである。この音楽活動は、認知症の中核・周辺症状に対しどのような効果を持つかという観点ではなく、音楽が認知症に悩む人にすばらしい感動を与え得ることを示したことに意義がある。

### 4. 美術療法

ヨーロッパ・アメリカにおける認知症への美術療法の報告は、美術療法士による逸話的なものが

表3 臨床美術<sup>9)</sup>

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 美術活動そのものを楽しむ                 |
| 2. 論理思考 (理性) でなく直感思考 (感性) で制作する |
| 3. 総合的に働きかけ、会話を促し、社会的繋がりを回復     |

多い。それらの報告<sup>15)</sup>によると、患者が作品を通じ他の人とのコミュニケーションを回復し、孤立感を癒し、自信を持つことができる。そして、患者が美術を通じて自分を表現することが最も意味があると述べている。日本の介護の場でも美術活動はごく日常的になされている。よく考えられたプログラムのもとでの活動もあるが、その内容はしばしば幼稚で、社会人・家庭人として長く活躍してきた人に相応しいとはいえない場合も多い。そのような中で、金子健二らが始めた「臨床美術」<sup>4,13)</sup>は、美術の専門家がさらに介護の研修を受けて行っている独創的な美術療法である。表3に示すように、その特徴の第一は、美術制作活動そのものを楽しむことであり、訓練を目的にしたものではなく、また作品を心理学的に分析するものでもない。第二に、その指導方法は、論理 (理性) 的に描くのでなく直感 (感性) を大事にしていることである。上手な絵を描くことは求めている。独自のカリキュラムのもとで、作品に気持ちが込められるように指導する。第三は、全体のプロセスを大事にしていることである。その時々テーマに関する話を行い、歌を歌い、昔の記憶とそれに伴う感情を呼び戻す。そして、制作にはいると、お互いに会話をするように勧め、最後に作品について皆で感想を述べ合う。この活動は数人から10人のグループ活動として行っており、その中で社会的繋がりを回復することの意義が大きい。

臨床美術の効果は、1年ごとにウェクスラー知能検査法 (WAIS-R) などを用いて検討している<sup>8)</sup>。介入群では、1年後の言語性知能 (VIQ) についてはほとんど変化がなく、対照群と比較すると、下位項目「理解」の保持されていることが目立った。動作性知能 (PIQ) では、下位項目

「組合せ」など視覚認知に関係した検査項目が1年後に有意に改善していた。認知機能への効果は約1年間続くが、2年以上の経過ではVIQもPIQも漸次低下した。しかし、対照群との比較では認知機能の低下の割合は軽度であり、少数ではあるが、4年以上美術療法を続けている症例もある。長い経過で見ると、美術活動を続けることにより、感情面と社会性が保たれることの意義が大きい。「臨床美術」の場では、途中からで落ち着きがなくなる患者も見られるが、ほとんどの症例は約2時間の制作活動に最後まで携わり、感想会においても賑やかな発言が続く。此処が美術制作活動の場というだけでなく、社交の場になっていることが感情面を支える上で役立っている<sup>14)</sup>。そして、美術制作活動が、デイサービスや他の地域活動への参加の契機ともなり、1週間の生活のリズムが形成されていることが、彼らのQOLを高める要因となっていると考えられる。

#### おわりに

2001年に国際保健機関 (WHO) の総会において「国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF)」が採択された。これは1980年の国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps: ICIDH) を改定したものであるが、20年ぶりに障害概念が根本的に見直され、全く新しい考え方による国際分類である。ICIDHにおいては、「障害」を機能障害 (Impairment)、能力障害 (Disability)、社会的不利 (Handicap) という階層構造で捉えていた。それに対し、ICFでは、心身機能・身体構造 (Body Function and Structure) の障害、活動 (Activity) の制限、参加 (Participation) の制約の全てを包括的に「生活機能」として捉えている。そして、Impairmentを過大視するのではなく、三者の相互作用を重視している。とくに、図1に示すように、マイナス (障害部分) をできるだけ少なくすると共に、プラス (残存能力・潜在能力) を引き出すことの重要性

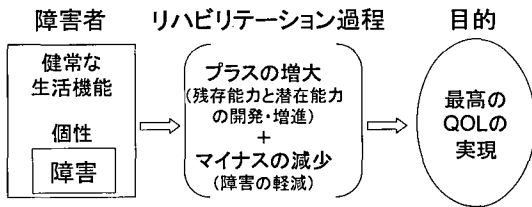


図1 リハビリテーションのめざすもの<sup>10)</sup>

を強調している<sup>10)</sup>。芸術療法（美術療法・音楽療法）は、認知症の障害部分（マイナス）に対しては限られた効果を示すのみであり、むしろプラスを引き出すことに意義があろう。認知症という深刻な障害を持つ人にとって、芸術療法を通じて、まだ残されている健全な機能を増大すること、潜在能力を引き出すことは、少しでもQOLを高める上で重要である<sup>12)</sup>。芸術療法の目的は、そのようなプラスの増大を通じて、その人なりの心豊かな生活に導くことであると考える。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and other Dementias of Late Life. APA, Washington, D.C., 1997
- 2) Brotons, M.: An overview of the music therapy literature relating to elderly people. Music Therapy in Dementia Care (ed. by Aldridge, D.). Jessica Kingsley Publ, London, p. 33-62, 2000
- 3) Clare, L., Woods, R.T., Moniz Cook, E.D., et al.: Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003
- 4) 金子健二編：臨床美術—痴呆治療としてのアート

セラピー。日本地域科学研究所，東京，2003

- 5) 川島隆太：脳科学の視点から新たな認知リハビリテーションの提案。精神経誌，107；1305-1309, 2005
- 6) Landreville, P., Bedard, A., Verreault, R., et al.: Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities. International Psychogeriatrics, 18; 47-73, 2006
- 7) Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., et al.: Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia, Am J Psychiatry, 162; 1996-2021, 2005
- 8) 松岡恵子，宇野正威：アルツハイマー型認知症患者に対する臨床美術の効果。第21回日本老年精神医学会，東京，2006
- 9) 折山もと子：高齢者音楽療法に求められる音楽。芸術療法実践講座4 音楽療法（飯森真喜雄，坂上正巳編）。岩崎学術出版社，東京，p. 115-127, 2004
- 10) 上田 敏：リハビリテーションの思想（第2版）—人間復活の医療を求めて—。医学書院，東京，2001
- 11) 宇野正威：非薬物的介入療法。老年期痴呆の克服をめざして（柳澤信夫監修，長寿科学振興財団編）。医学書院，東京，p. 172-178, 2004
- 12) 宇野正威：芸術療法—美術療法と音楽療法—。老年精神医学雑誌，17；749-756, 2006
- 13) 宇野正威，金子健二，朝田 隆編：こころ輝く世界—アートセラピーを楽しむアルツハイマー病の人びと—。遙書房，東京，2004
- 14) Vink, A.C., Birks, J.S., Bruinsma, M.S., et al.: Music therapy for people with dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003
- 15) Wald, J.: Alzheimer's disease and the role of art therapy in its treatment. Am J Art Therapy, 22; 57-64, 1983
- 16) Woods, B., Spector, A., Johns, C., et al.: Reminiscence therapy for dementia (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005