

第106回日本精神神経学会総会

教 育 講 演**認知症の生活障害の考え方と科学的取り組みの必要性**

朝田 隆 (筑波大学臨床医学系精神医学)

It is well known that care-giving burden for dementia victims is associated with depression of the caregivers. The care-giving burden has been said to be attributable mainly to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Although several intervention programs to improve the care-giving situation have been conducted, their efficacy has been little. Recently, we began to pay attention to the praxis disorders shown by dementia patients as well as BPSD. The disorder means higher-level motor dysfunction due to pathological process of dementing illnesses. Developing the scientific skills to manage the praxis disorders and BPSD may relieve the care-giving burden. In this lecture, the author described the basic strategies to develop such skills.

〈索引用語：認知症，生活障害，科学的介入〉

I. はじめに

「ときに癒し，よく和らげ，常に慰む」は，わが国の名門医家に伝わる医師の心得と聞いている。今日の認知症医療では，このような態度がとくに求められる。

なぜなら，認知症患者の介護者は，他の身体疾患患者の介護者とは異なった労苦を経験するのである。認知症患者の介護に派生する心身，社会，経済的な打撃を総称する用語としてよく用いられるのが介護負担である。この介護負担を軽減する支援は，介護者自身のみならず患者に対しても有用と考えられてきた。

介護負担を構成するものとして以下が注目されてきた。1) 介護者の精神面（主観的な負担）：心配，不安，フラストレーション，疲労など，2) 生活全般（客観的な負担）：患者の示す諸症状あるいは介護者が経験する困難に由来する出来事・

活動である。さらに精神科系の研究者には，3) 介護者のうつ症状の存在に注目する者が多い。

II. 認知症介護者のうつ

認知症の介護者には，高頻度にうつ病がみられることが知られている。その背景には行動異常・精神症状（BPSD）への対処困難や，コミュニケーション困難，先行き不安や孤独感からの絶望，愛するものを喪失してゆくという思いなどがある。

介護者に見られるうつ病について，合計790名の介護者からなる10の報告をメタアナリシスした報告がある⁴⁾。その結果概要を紹介する（表1）。

まずうつ病の診断基準は，DSM，RDC，ICDのいずれかに拠っている。多くは専門外来での調査だが，唯一地域調査がある。結果として，うつ病の有病率は，22.3%（95% CI：15-32%）とされる。こうした有病率は対照集団に比べてどれく

第106回日本精神神経学会総会=会期：2010年5月20~22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ

総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合

教育講演：認知症の生活障害の考え方と科学的取り組みの必要性 座長：中村 祐（香川大学医学部精神神経医学講座）

表1 認知症介護者におけるうつ病：prevalence and relative risks (Cuijpers, P.: Aging Mental Health, 9; 325-330, 2005)

Study	Prev	95% CI	Prev (95% CI)	RR	95% CI	Control group
Bodnar et al., 1994	0.18	0.12-0.24		38.68	2.38; 627.71	Matched control group (gender, age, education; n=86)
Cohen et al., 1988	0.26	0.13-0.39		—	—	—
Coope et al., 1995, Ballard et al., 1996	0.29	0.20-0.38		—	—	—
Dura et al., 1990	0.15	0.07-0.23		27.00	1.63; 447.14	Matched control group (gender, age, education; n=86)
Dura et al., 1991	0.18	0.09-0.27		29.00	1.76; 477.82	Matched control group (gender, age, education, income; n=78)
Gallager et al., 1989	0.18	0.07-0.29		—	—	—
Livingston et al., 1996	0.32	0.12-0.52		2.94	1.46; 5.91	Co-residents (living with healthy person; n=277)
Lowery et al., 2000	0.30	0.21-0.39		—	—	—
Kiecolt-Glaser et al., 1991	0.25	0.15-0.35		35.00	2.15; 570.74	Matched control group (gender, age, education, income; n=69)
Russo et al., 1995	0.20	0.11-0.29		2.80	1.15; 6.80	Matched control group (gender, age; n=86)

Abbreviations: Prev: prevalence; 95% CI: 95 percent confidence interval; RR: relative risk.

らい高いのかも検討されている。危険度 (Odds Ratio) は、2.8-38.9 と大きな幅があるものの、多くは 10 倍以上の危険率を報告している。なお唯一の地域調査における値は 2.94 (95% CI: 1.46-5.91) である。恐らくは、専門外来での調査が多いことがバイアスになっているものと想定される。それを踏まえても、3 倍程度には高い危険率であることは事実と思われる。また新たにうつ病を発症する率も相当高いと報告されている。

リスクファクターとして、性別が挙げられ、女性で有意に高いことが示されている。これは一般的なうつ病で指摘されてきたことでもある。なお認知症の基礎疾患による有病率の相違はないとされる。

さらに筆者らは、認知症介護者にみられるうつ病は十分な治療を要すると注意を喚起している。つまり多くの医療者また恐らくは多くの家族も、このうつ症状を認知症介護という極めてストレスフルな状況における正常な反応と見做しがちだと

述べている。

一方で介護者のうつ病は、介入によって軽減することも報告されている^{1,5)}。

このような状況にある介護者への介入として次のような方法が試されてきた。1) 介護者の心理教育：ストレスマネジメント、認知行動療法、2) 対応技術の指導：疾患教育、ケースマネジメント、介護上の問題を解決する能力を高めるトレーニング、3) カウンセリング：個人および家族カウンセリング、ピアカウンセリング (患者・家族会)、4) 休養：ショート・ミドルステイなどのレスパイトケア、5) その他である。

こうした介護者への介入の効果は、伝統的に介護負担と精神的健康度から判定されてきた。合計 2,040 名の介護者から成る 30 の研究のメタアナリシスがある³⁾。これは 5 つの要因に注目して解析し、介入効果を評価している。心理的負担、介護に関する知識、その他の指標、患者の気分状態、介護負担である。

評価の結果、介護負担を除く4項目については有意な介入効果を認めた。心理的負担 (ES: 0.31, 95% CI: 0.13-0.50), 介護に関する知識 (同: 0.51, 同: 0.05-0.98), その他の指標 (同: 0.32, 同: 0.15-0.48), 患者の気分状態 (同: 0.68, 同: 0.30-1.06) であった。

さらに介入が有効であるための条件として以下が指摘されている。介護者のみならず患者も巻き込み、高い密度で介入を施行し、プログラムが介護者の求めるものを満たすべく柔軟に設定されていることである。概して介入の量が多いものが心理負担を軽減する効果が大であった。なお患者を巻き込むとは、介護場面における問題解決方法を教示するようなことを指している。逆に教育プログラムの実施期間が短いもの、支援グループだけによる介入、1度だけの介入、長期にわたって接触しないものは概して失敗に終わっている。

この結果を読むとき、とくに介護に関する知識、それに介護場面における問題解決方法の教示の重要性がわかる。ここを踏まえて、以下では介護負担の背景としてのBPSD以外に、新たな視点として患者の生活障害に注目して論じる。

III. 認知症治療とは

今のところ多少とも薬物療法が効くのはAlzheimer病やLewy小体型認知症くらいで、しかも対症的な効果に過ぎない。それだけに冒頭で述べた「患者さんと介護者を慰める」という態度が必要である。

そこでは、両者の思いが日々ぶつかりあうことから生まれる緊張状態を少しでも緩和してあげたいという願いが基本となる。つまり、どのようにして患者と家族に平穏な生活をもたらすかと考えることが認知症治療の出発点だと思う。

IV. 辺縁症状とはBPSDのことか?

筆者は、認知症患者のご家族と日常的に接してきた。そしていつしか、「認知症の中核症状は認知機能障害だとは言うけれど、それは違うな。いわゆる問題行動(BPSD)、それに家庭における

生活行為の障害こそ治療ターゲットだ」という思いに至った。前者のうち、とくに徘徊、暴言・暴力、弄便行為(便こね)などが介護者にとって、大きな負担要因になる。

後者では、例えば手足は自由に動くのに自力で衣類を着られない、食事の度に食べ物をこぼすなどがみられる。いわゆる失行、失認と関係の深い動作・行為の障害である。当初はある生活行為が、できるときとできないときがあるが、成功する確率は次第に低下してゆく。

介護者の目には、指示してもそれが入らなくなっていくように映る。とくに排泄のように何段階かの複数の動作からなる行為は困難だ。また食事行為のように、いくつかの動作を並行して進行させることも容易でない。自分でやって失敗し、それを自覚すると落胆が大きい。しかも何が駄目であったかは記憶に残らず、失敗した・自信を失ったという悪い印象だけが刻まれる。

対応の原則として、指示は矢継ぎ早に繰り返さないことだ。認知症のステージにもよるが、「言ってみて、やらせてみせて、駄目なら途中から手を添える」のがよいとされる。「そうは言っても…」と介護者は、生活障害とその対応に苦悩し続ける。

しかも現時点では、ごく稀な例外を除いて、改善は期待できず必ず悪化していくのが認知症だ。つまり介護者には、未来永劫希望がないから、「考えたくない、考えていない、考えがない」という刹那的な心理にいつしか慣れていく。このような状況に絶えず対処せねばならない家族介護者が、うつ病になりやすいのも無理はない。

V. 家族介護者から学ぶ

最近になって、認知症医療がわかったつもりになっている自分の愚かさに気づいた。というのは、私たちはしょせん病院でちょっとお相手をしたり、お話を聞いたりするだけである。24時間365日介護をしているわけではない。

それをやっておられる家族介護者がこうしたBPSDにいかに対処するか、どう工夫して自分

のストレスをためないかということについて、深い知恵を持っていらっしやることがわかってきた。また素晴らしいアイデアに基づいた対応法をお持ちだということにも気づくようになった。そこで私には思いもよらないご家族の名案を集め、これを集大成したいと考えた。

1年間にわたって、ご家族に定期的に大学に集まってもらい、アイデアを収集した。そこでは、どういう方針でアイデアをまとめるか、がポイントになった。これまで、対応の仕方次第と言われてきた。「では対応って何なのか」ということになり、皆で考えてみた。どうも「当事者が示す生活行為の障害をどう客観的に受け止めているか。そういう粗相があった場合に、どう技術的に応じているか」これが大切だと思えてきた。つまりBPSDに勝るとも劣らない生活障害の重要性にはたと気づいた。

こうした生活障害があると、介護者は慢性的にストレスフルな状況にあるから、普段からイライラしている。そこに例えば大便の失禁・便こねが生じたとしたら、ついに切れてしまう。つまりある時、BPSDが突発したから切れてしまうわけではない。それ以前に慢性的な準備段階があるから容易に発火する。だからその前段階を柔らかくしてあげられれば、どうにかなるのではないかと思っただけである。

そこで討議し、記録した案件の中から、認知症ケアの場で経験しがちな「これは困った」「切れそうだ」という場面を選び出した。それに当っては、家族介護者、様々な介護職、そして認知症専門病院のスタッフという3つの異なる立場の方々との話し合いを重ねた。その上で、それぞれの実体験をもとに現実に役立つ具体的な対応方法を皆で練り直した。そして煮詰めた経験や案をわかりやすい文章にまとめてみた。こうして出来あがった回答は、決して机上の空論ではない、苦勞の末に得られた家族介護者の知恵の結晶である²⁾。

VI. リハビリから見ると生活障害対応の現状

このような生活障害への対応法について、ここ

では主に石合純夫氏の私信から紹介する。Alzheimer病患者では、典型的な失行がみられることもあるが、多くは複数物品の系列的操作や複数の衣類の着衣の「手順の障害」が主である。

そこで、やや複雑な手順を含む日常的行為を長く続けるには以下が基本となる。

- 1) 家電製品、調理器具、暖房器具は使い慣れたものを使用してもらい、新しいものに取り替えない。例えば、なべ焦がしや火の不始末を心配してIH調理器具に替えると使えないので使わなくなってしまう。
- 2) 手順が怪しくなったら、適宜助言しつつ、日課として一緒に行って続けさせる。入院などでブランクが生じたときには、とくに留意する。
- 3) 手順や操作の障害があるように見えるケースの中には、記憶痕跡はあるのに想起が悪いことがある。そんなとき、比較的最近まで行っていた行為を選び、繰り返し練習すれば再びできるようになることがある。
- 4) 手順の掲示が必要な場合、それを紙に書いて張っておいても効果はない。その都度見ながら実施するよう指導する。調理や着衣なら現在の進捗は、記憶に頼らずとも手元を見ればわかる。だから手順書と見比べるよう助言しながら、納得してもらえれば誤りなく進められる。
- 5) リハビリ的に介入するなら、まず本人の興味や役割感に合わせ課題数を絞って、毎日繰り返してできるものを選ぶ。なおHDS-R(改訂長谷川式簡易知能スケール)やMMSE(簡易知的機能検査)が20点前後になったときを一つの目安に開始するのも実際的かと思われる。手順書を作る場合には、本人の意見を入れながら一緒に作成・修正する。

VII. 科学としての認知症ケア

近年、認知症の原因解明研究と根本治療薬開発は目覚しく進行している。ところがこのような生活障害への科学的対策が注目されることは稀で、

表2 認知症の生活障害への対応

<ul style="list-style-type: none"> ・内容：ADL系とBPSD系と2分する ・多様性の考慮：ステージ、疾患による違いを考えて ・背景と治療標的となる機能：認知機能，精神機能，身体機能 ・治療は非薬物が基本。理学・作業療法的，認知リハビリテーション的 ・ADL系のキー概念：失行を中心においてみて 本来の責任回路活性化：セットし直しなど，指示が責任回路につながる術の探索 代償機能：補足的脳活動の誘導法の探索，代用行為（もどき行為）の探索 対応・指導法：めげさせない，切れさせない，やる気を引き出す 手足の機能維持：純粋に運動機能を維持するための方略 機器開発：食事，入浴，着衣，排泄，整容，徘徊対応：空間失認 介護者指導：ADLの個々の場面で失敗させない環境を準備 ・BPSD系のキー概念 対応の仕方：表情，動作，話し方，ボディランゲージ等のマニュアル作り 突発事態への対応：マニュアル化 機器や生活用品の開発
--

介護者の経験や勘により対応されてきたのが実情だ。今後科学的に対応する上で留意すべきは以下のことかと思われる。まず生活障害の内容は，認知症のステージ，基礎疾患により異なること。また障害の成因と治療標的は認知機能，精神機能，身体機能だと認識することである。そう認識した上で障害内容を脳科学の次元で抽出・整理する必要がある。

治療法開発では，脳機能を促進する方法仮説を構築し，生活行為に際して患者の脳に生じる活動状態を機能画像により直視しながら効果を探索するアプローチが必要である。例えば，Alzheimer病患者では頭頂領域の機能低下が比較的早期から起こることが知られている。だから実際の道具使用が障害されていない段階で既に道具を提示されたとき，普通は頭頂葉で生じる道具使用の計画や

準備が十分に行えない可能性がある。また健常では，これは左半球優位に見られるが，患者では両半球が動員されているかもしれない。こうした現象をまず機能画像から明らかにするのである。

まずは方法仮説の創設に始まり，脳計測科学領域の評価と介入研究を少数患者で試行し，これにより骨格となる方法論を確立する。その上で複数の施設において，その入居者を対象にして系統的に試行して洗練度を上げていく。表2に，以上の研究方略の骨子をまとめてみた。なおこのような領域の名称については，「行為障害」(praxis disorder) または「高次動作障害」(higher-level motor dysfunction) にすると，古典論に振り回されたいと思われる。

終わりに，家族・介護者への指導パンフレットやマニュアルもあるが，臨床経験によるものが主体で科学的根拠に支えられていない。また多くの介護職に科学的発想に立って仕事をしてもらえるようになるための橋渡しになる実践的な成果をもたらすような研究が切望される。

文 献

- 1) Adkins, V.K.: Treatment of depressive disorders of spousal caregivers of persons with Alzheimer's disease: A review. *Am J Alzheimer Dis*, 14; 289-293, 1999
- 2) 朝田 隆, 吉岡 充, 木之下徹: こうして乗り切る, 切り抜ける認知症ケア. 新興医学出版社, 東京, 2010
- 3) Brodaty, H., Green, A., Koschera, A.: Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 51; 657-664, 2003
- 4) Cuijpers, P.: Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging Mental Health*, 9; 325-330, 2005
- 5) Gallanger-Thompson, D., Steffen, A.M.: Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consulting Clin Psychol*, 62; 543-549, 1994