

第 109 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

認知症の生活障害とその対応

朝田 隆 (筑波大学臨床医学系精神医学)

認知症の生活障害とは、認知症の人にみられ、それ故に個人的・家庭的活動と社会的参加を困難にする日常生活上の障害である。原因は主に特定の大脳病巣であることが示唆される。巣症状(失行・失認など)と呼ばれる固有の局所病変に呼応する症候も原因になり得る。概して認知症では、進行とともに脳病変は広範化し、複数の器官に合併病変も生じる。このような病態であっても、主たる原因が特定の大脳病巣であることが示唆され、冒頭の日常生活上の障害であれば、生活障害に含まれる。生活障害対応の基本は、①本来の日常生活上の行為とはいかなるものかの分析、②実際の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱しているかの分析、③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集することである。こうした生活障害を踏まえた認知症ケアの理念は、当事者の能力を最大限に活かしてそのパフォーマンスを高めることにある。そのためには流れの乱れが失敗の基本であることを踏まえてリズムに乗せること、失敗の端緒がどこかをしっかり見つけることが重要である。その一方で、生活行為としてなすべきことが「わかる」とは何かの脳内背景を知るために予備的な実験がなされている。唐辛子の成分であるカプサイシンが舌の味蕾の受容体を刺激し、これは唐辛子だとわかったときの脳内反応をみる実験を行った結果、「わかった」ときに固有の脳領域が反応することが明らかにされた。今後の主たる研究法として、fMRI や脳磁図の利用を考えている。

<索引用語：認知症，生活障害，対応，家族指導，脳内基盤>

はじめに

認知症への注目度が着実に高まりつつある今日では、一般人向けの新聞記事でも「BPSD (認知症の行動・心理症状)」が見出しに使われるほど、その概念が広まってきた。それに伴って BPSD に対する介護者の大変さもよく知られるようになった。

BPSD とは別に、認知症の介護では、食事、排尿・排便、更衣、入浴など基本的な日常生活ができなくなる「生活障害」への対応も、介護者にとつ

ては大きな負担となる。例えば排泄のように何段階かの複数の動作からなる行為、複数の料理を食べることのように並行進行させる行為は本人にとって難しい。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のでさらに厄介になる。ところが従来の対応法すなわちケアは、介護者の勘や経験に頼っていた。

こうしたところから認知症の当事者と家族介護

第 109 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2013 年 5 月 23～25 日，会場＝福岡国際会議場・福岡サンパレスホテル & ホール

総会基本テーマ：世界に誇れる精神医学・医療を築こう：5 疾病に位置づけられて

教育講演：認知症の生活障害とその対応 座長：石田 康 (宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野)



図1 着衣失行

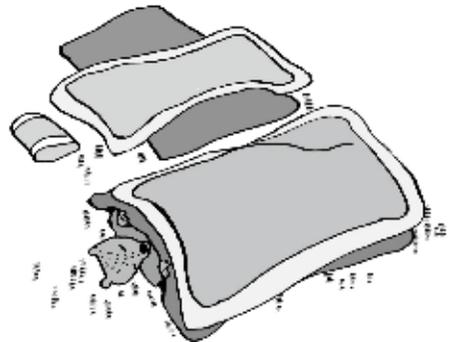


図2 着衣失行バリエーション

者の中の緊張が高まってしまいがちである。そもそも care には介護することの他に「苦勞の種」という意味もあるくらいだ。

ところでわが国では、年間の殺人・殺人未遂事件件数は昭和30年代のピーク時（約3,000件）に比べ、2009年には約3分の1に減少している。ところが続柄からみると、子が加害者で親が被害者であった事件件数は1985～2009年の間に約3倍に増えている。その陰には、介護殺人、とくに認知症の介護殺人がある。また、そこまで極端でなくとも、認知症の介護者はうつ症状・うつ病になりやすく、この頻度は少なくとも一般人口比で3倍以上だと報告されている。認知症介護者がつらい要因として、根本治療薬がなく希望がないこと、BPSDのつらさ、そしてこの生活障害への対応のつらさが挙げられる。

I. 生活障害とは

生活障害とは、いわゆる基本的な日常生活を構成する行動の障害である。認知症とくにアルツハイマー病（AD）などでは、そのごく初期に、電話、買い物、料理、キャッシングなどができなくなることが特徴的にみられる¹⁾。

本稿では、「認知症の生活障害」を次のように定義する。「認知症の人にみられ、それ故に個人的・家庭的活動と社会的参加を困難にする日常生活上の障害である。原因は主に特定の大脳病巣であることが示唆される。巣症状（失行・失認など）と

呼ばれる固有の局所病変に呼応する症候も原因になり得る。概して認知症では、進行とともに脳病変は広範化し、複数の器官に合併病変も生じる。このような病態であっても、主たる原因が特定の大脳病巣であることが示唆され、「冒頭の日常生活上の障害であれば、生活障害に含まれる」。この定義から明らかなように、「認知症の生活障害」はWHOが国際生活機能分類（ICF）⁴⁾において呈示している「生活機能」またその「障害」とはその内容を異にする。

筆者は以前に、若年性認知症患者の家族の方々に、認知症に気付いたきっかけを尋ねたことがある。回答の多くは記憶障害であったが、「食事のときに片手だけしか使わずボロボロこぼすようになった」というものがあつた。あるいは認知症が進行するとともに服の着方・脱ぎ方がわからなくなる事例は極めて多い。その類似現象に、布団がきちんと敷けなくなる、敷き布団の下にもぐって寝る、というものもある（図1, 2）。ノブなどを回すという動作が困難になるのでドアを開けることができないこともしばしばとなる。あるいは便座と自分の位置関係がわからず逆向きに座る（図3）などの障害も現れ、これらが日常化してゆく。

この生活障害は、多くの場合ある行為が時にできなくなることに始まり、認知症が進行するに伴って成功確率が低下する。当初できないことで当事者は苛立つが、苛立ちは次第に消えおとなしくなる。さらに、できないことが自覚できなくな



図3 客体と自分の位置関係

るため、介護者にいわれると立腹し、そのうちできなくて当然、やってもらって当然になる。

BPSD と生活障害は似ているが、少なからぬ差異がある。表1に示すように、生活障害のほうがBPSDより技術的な対応が必要である。またBPSDは連続性がなく突然発現するが、生活障害は日々現れる症状のため介護者の苛立ちがたまるという特徴がある。

II. 生活障害への対応

1. 家族が編み出された対応法

上記の若年性認知症患者さんのご家族との面談において、まずどのような生活障害があり、どのように対応されているかを尋ねてみた。例えば箸のペアリング（同じ箸を2本揃える）ができないことに対して、同じ種類の箸を何本も購入して選ばせている介護者がおられた。また多くの人が、箸は重く太いものが使いやすいと述べられた。あるいは、かつて学校給食の場で問題視された先割れスプーンは、認知症の人には有用かもしれないという意見も多かった。

認知症が進むと食べるという観念を忘れてしまうことも珍しくはない。このような人には、イニシエーションとして、介護者が向かいに座って食べてみせると、その動作通りにまねることができるそうだ。あるいは、嗅覚の利用もある。食器ごと手に持たせて鼻の下まで持ち上げさせると臭いが刺激になって食べ始める人もあるという。「こぼされないように」と、食器の工夫もある。例え

表1 BPSD と生活障害はどう違うか

	BPSD	生活障害
接遇の仕方	影響大	影響少
技術的対応	影響少	影響大
現れの連続性	突然に	いつも
介護者への影響	一触即発	ガス溜まり
ADL 障害という面	少ない	大きい

ば、裏に滑り止めをつけるとか、赤ちゃん用の食器に類似した縁の出っ張った食器がいいという意見もあった。

2. 生活障害対応法の考え方

では、我々やケアスタッフは生活障害にどのようにして系統的な対応をすればよいのだろうか。まず基本は、①本来の日常生活上の行為とはいかなるものであるかの分析である。次に、②実際の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱してしまっているかの分析である。そして、③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集することである。

①について、多くの関係者と話し合った結果、一連の行為を1つ1つの動作に分解して、それらの順序立てを考えるのがわかりやすいのではないかと、ということになった。例えば、歯磨きという行為は、洗面所の前に立つ、歯ブラシを取る、ペーストチューブを取る、チューブの蓋を開ける、歯ブラシにペーストを付ける、チューブの蓋を閉める、チューブを元の場所に戻す、などの動作が連続的に順序よくなされて完成する。認知症患者の行動を観察すると、動作の順番を間違ったり、歯ブラシやペーストチューブを認識できなかったりすることが歯磨き行為をできない原因となっていることがわかる。これを表2にまとめた。その他の行為、例えば排泄や食事は一連の動作に分けて並べることによって、普段は何気なく繰り返している個々の行為を再認識できる。このような作業を16の生活行為について行った。

次に②に対しては、個々の事例における失敗のパターンを詳細に評価すれば問題点が認識でき

表2 生活機能障害の考え方：歯磨きのプロセス

衛生概念は保持されているか？
洗面の場に行く、適切な位置に立つ：歯ブラシが取り出せる、口がゆすげる
歯ブラシの用意
取り出す：ブラシとペースト
ペーストを歯ブラシに付ける
チューブのふたを外す
チューブをしばってペーストを出す
ペーストをブラシに付ける
一旦歯ブラシを置く
チューブにふたをする
チューブを元の位置に戻す
歯を磨く
歯ブラシを持つ
口を開ける
歯をブラッシングする
歯ブラシを置く
ゆすぎの水を用意する
コップを手を持つ
水道栓を回して水を出す
コップで水を受ける
口をゆすぐ
コップの水を吸い込む
口の中をゆすぐ
水を吐く
歯ブラシを片付ける
歯ブラシをすすぐ
ブラシの水を切る
歯ブラシを元の位置に戻す

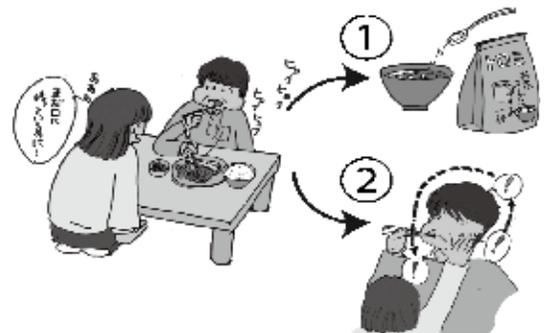


図4 口溜めへのグッドプラクティス

る。換言するなら実際の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱してしまっているかの分析である。そうすると、次には手助けすべきところが見えてくるのである。この基本パターンからの逸脱を扱うために、2つの方向からアプローチした。まず経験豊かなケアスタッフによる自由な意見交換である。次に典型的な生活障害を示す若年性のADなどの患者さんに対するケアのビデオ撮影である⁵⁾。

その上で③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集することにした。そのために生活障害対応のグッドプラクティスを披露し合う研修会の場を設けた。これは優れたケアを実践していることで評判の高いス

タッフを、他薦により全国規模で募って行った。

参加者には予め資料を送り、上に述べた基本パターンと、そこからの逸脱の実態について理解してもらった。研修会ではご自身の経験から得た生活障害対応のこつを実演とともに披露してもらった。この際、個々の実演と説明を画像記録として残すためにビデオに撮った。1つの発表が済むごとに参加者全員で質疑応答とコメントの場を設けた。こうした内容は全て筆記して残した。

このようにして得られたグッドプラクティスの一例を図4に示した。これは筆者が「口溜め」という造語で呼んでいる現象への対応法である。これは認知症がある程度以上に進行するとよくみられる現象である。食物を黙々と口に運ぶが、咀嚼も嚥下もしないので口腔内が食べ物で満たされてしまう。促しても、咀嚼も吐き出しもせず、その不自然な状態のままでいるという現象である。

これに対しては、指で患者さんの頬をタッピングしてあげると反射的に飲み込むという対応術が披露された。あるいはゼリー状の滑りの良い食品と普通の食事を交互に口に運んであげるという方法も示された。さらにそれでもうまくゆかない場合には、全ての食物をとろみ増粘剤に混ぜ込んでから授食するという対応法も披露された。

3. 生活障害への具体的対応と家族指導

生活障害に対して、基本となる対応は「仕切り直し」である。例えば施設の送迎車の座席に正しく座れなかった患者が、一度自動車を降りて再度

乗車させると正しく座れた例があった。また、動作の流れの手助けをして成功した例として、上着をうまく脱ぐことができない患者に、背後にまわって肩甲骨のあたりを少し引っ張るとそれが反射となり脱ぐことができたケースもあった。いずれにしても、介護者が焦らず間をおくことで、当事者は混乱と苛立ちを忘れる。学問的にも「場所と時が変わればできてしまう、失行とはそんなもの」とされている。

山本五十六元帥の語録に「やってみせ、言ってみせて、させてみて、ほめてやらねば、人は動かじ」というものがある。このことは認知症介護にも通じており、認知症患者の家族に伝えるべき言葉であろう。認知症ケアの理念は、「してあげる」のではなく当事者の能力を最大限に活かすこと、あるいはそのパフォーマンスを高めることである。そのためには流れの乱れが失敗の基本であることを踏まえて、リズムに乗せることが大事である。それとともに失敗の端緒がどこかをしっかり見つけることが重要である。

Ⅲ. 生活障害の脳内基盤の探索

既述した実技編とは別に重要なものが、生活障害の脳内基盤の探索である。というのは、上記の定義のように、「認知症の生活障害」は特定の大脳病巣に起因すると考えるからである³⁾。

1. 基本的な考え方

今後科学的に対応する上で留意すべき基本事項は以下のことと思われる。まず生活障害の内容は、認知症のステージ、初期・中期・後期によって異なることである。次に認知症の基礎疾患、つまりAD、Lewy小体型認知症など基礎疾患ごとに異なることである。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が基礎となる。その上で、まずは障害内容を脳科学の次元で抽出・整理する必要がある。

2. 基礎科学的知見

近年の基礎脳科学では「わかる」ということの



図5 味覚が「わかる」際の脳の働きは？

写真左のタワー状の機器に9種類の味覚刺激溶液を用意しておき、タイムスケジュールに合わせてチューブで被験者の口内に送り込み、1分間ずつ口に含むという方法で実験。

脳内背景が注目されている。同じ「できる」でも、手順を思いだしてそれを1つ1つ行うのと、「わかる」という目から鱗体験とは脳活動としては異質な現れををすると思われる。

そのような意味で失行、とくに着衣失行は興味深い。うまくゆかない場合、傍目には、衣類の構造がわかっていない、衣類という客体と自分の体の相互関係がつかめないのである、と思うことが少なくない。ところがうまくゆく場合には、何かが契機になって突然に「わかった」という様子が見て取れることがある。

このような「わかる」の脳内背景が知りたいという考えに基づいて、基礎実験を武者利光先生と泰羅雅登先生にお願いしている。着衣は複数の動作の順序だった組み合わせから成る行為だけに脳内活動の計測も難しい。

そこで予備的な実験として1分節的なものに注目した。泰羅らは唐辛子の成分であるカプサイシンが舌の味蕾の受容体を刺激し、これは唐辛子だとわかったときの脳内反応をみる実験を行った(図5)。この実験結果からは確かに「わかった」ときに固有の脳領域が反応するらしいことが明らかにされている。

3. 今後の研究の方向性

主たる研究方法としては、functional MRIや脳磁図が考えられる。この領域の数少ない先行研究に次のようなものがある²⁾。道具の使用行為全般において側頭葉、後部頭頂葉、下部前頭葉が賦活されるが、主に頭頂葉が大切でそれも左半球優位である。道具の実際の使用では、これらの領域でもとくに右半球にも賦活が強い。行為に関しては左半球優位と考えられているが、実際の道具使用ではより対称的な両側性の賦活があったとされる。

今後の方向性として、ある動作や行為ができるとき、できないときの脳内活動の相違を検討する実験方法がある。例えば、道具使用に関してvisual taskとして日用品など道具の絵を見せる。被験者が、使用法がわかったときとわからないときの違いを脳内活動の相違として探索するのである。逆にたまたま得られた有用な対応法から脳内プロセスを探っていく方法も考えられる。既述した仕切り直しの有用性はなぜか、あるいは身体性の刺激はなぜ有用か、に注目して脳内活動の要所を探るといふものである。

おわりに

まだ端緒についたばかりのこの領域であるが、学際的な脳科学研究と臨床知との融合により有用な対応法を確立する新分野として発展させられたらと願っている。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 朝田 隆：認知症の生活機能障害とは。Cognition and Dementia, 10 ; 299-304, 2011
- 2) Hermsdörfer, J., Terlinden, G., Mühlau, M., et al.: Neural representations of pantomimed and actual tool use: evidence from an event related fMRI study. Neuro-Image, 36 ; T109-T118, 2007
- 3) 石合純夫：いわゆる巣症状の脳内メカニズム。Cognition and Dementia, 10 ; 305-312, 2011
- 4) 世界保健機構 (WHO)：国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—。中央法規，東京，2002
- 5) 横川清司：認知症の生活機能障害観察法としての動画の有用性。Cognition and Dementia, 10 ; 326-330, 2011

Daily Life Disability Associated with Dementia

Takashi ASADA

Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, University of Tsukuba

Daily life disability associated with dementia including Alzheimer disease involves a series of difficulties in performing daily tasks. People with this disability have difficulty in being active individually, participating in society, and carrying out daily tasks. Evidence suggests that its causes are lesions in specific areas of the brain. For example, focal lesions appear to be specifically correlated with symptoms of apraxia and agnosia. In general, cognitive decline in the course of dementing illnesses worsens as brain lesions expand. This may be accompanied by the impairment of other organs. However, brain lesions appear to be the overall cause of daily life disability associated with dementia. There are three basic measures that can be taken in response to daily life disability : first, analysis of normal daily life activities ; next, the observation of how the activities of people with dementia deviate from the normal pattern ; and finally, collecting information on caregivers' effective practices to appropriately respond to these deviations. Care for daily life disability associated with dementia should aim to maximize the performance of people with dementia based on their existing abilities. To do this, it is important to recognize disruptions to the normal flow of activity, and understand clues pointing to the causes of these disruptions. In order to examine the daily life disability associated with dementia, we conducted preliminary experiments on the background brain activity. For this purpose, capsaicin derived from red pepper was used to stimulate taste bud receptors on the tongue. During this physiological process, we examined the response within the brain, and observed activity in specific brain regions. For further studies on the background of the disability, we will use fMRI and magnetoencephalography.

< Author's abstract >

< **Keywords** : daily life disability, dementia, care, brain regions, daily life activities >
