

認知機能より生活への注目を ——「張り合い」と精神療法の重要性——

上田 論

アルツハイマー病 (AD) の治療は、生物学的視点と症候学的視点の両方から考える必要がある。根治療法がない現状で、生物学的に認知機能だけを診ている診療は治療としては不十分である。症候学的視点を取り込んで、張り合いのある生活こそが目標になるべきである。AD の人は自己肯定感と役割、人との関係性を失っていく。その回復こそが治療であり、生活への注目が不可欠である。行動心理症状 (BPSD) の背景にも生活は大きくかかわっている。診療では、介護者の話を聴くこと以上に、本人に向き合う精神療法を行うことに意味がある。家族に対しては、本人の心情への理解を求め、常に尊重して介護することが大切であることを教える。抗認知症薬の使用について、認知症の人の状態に応じた「使い分け」の議論は、安直なマニュアル化にすぎない。認知症の BPSD を含む状態が、脳神経障害のみによって生じていると考えるのは間違いである。初期から中期までの AD では脳機能の障害は一部のみであり、直接それがすべての BPSD 症状を生じるとは考えられない。BPSD を生むより大きな要因は、介護対応や生活状況などの環境因であることを知る必要がある。AD 臨床は、生物学的な「脳」と精神症候学的な「心」の両方を診る姿勢で行われるべきである。

<索引用語：アルツハイマー病，認知機能，生活の張り合い，自己肯定感，精神療法>

はじめに

アルツハイマー病 (Alzheimer's disease : AD) に根治療法はなく、確実な予防法もない。それを踏まえ、治療には何が求められるのであろうか。何を最も重要な指標として治療すればいいのであろうか。精神科医を中心とする認知症専門医は、改めて問い直す必要がある。現在多くの診療現場で行われている診療には大きな問題がある。それは、認知機能だけを診ている診療、抗認知症薬ばかりに頼る診療、「治る」ことを目標とするかのような診療にみえるからである。抗認知症薬には、改善効果はもちろん維持効果にも限界があることは言うまでもない。認知機能の変化いかにかわらず、AD の人が生き生きと生活できるこ

と、日々の役割や生きがいをもって暮らしていけること、それこそがめざす治療であるべきである。AD では、認知機能に対してだけではなく、あるいは認知機能以上に、本人の心情と生活にこそ注目しなければ治療という名に値しないと考える。AD の人が失いつつあり、それによって苦しみ、取り戻したいと一番願うものは、「張り合いのある生活」とそこで得られる自己肯定感だと思うからである。

AD に対しては、うつ病や統合失調症、不安障害など他の多くの精神疾患の治療とは異なるアプローチが必要なのである。これらの多くの精神疾患では、抑うつ症状、幻覚妄想、不安などの精神症状が診療上の最大のテーマになり、精神科医は

症状の消長を治療進展の指標とする。本来、最終的な治療目標は生活にあるが、症状を改善させることが生活の回復につながるため、それでも治療はなんとか成立する。ところが、AD ではそうはいかない。抗認知症薬も非薬物療法も、認知機能障害という症状を改善することはない⁷⁾。症状を治療しようとしてもこのような限界があるだけでなく、認知機能障害という症状が多少改善したとしても、それが「生活」に大きく寄与することは期待できないのである。

つまり AD 診療では、認知機能に注目するだけでは治療にならない。それよりも生活を診ることがもっとも大切な治療なのである。これは中核症状にとどまらない。いわゆる行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) の治療に関しても、同じことがいえる。BPSD には生活のあり方や介護者の対応の仕方が大きく関係している^{4,6,8)}。生活のあり方そのものが BPSD の要因であるという側面が強い。

I. 前提となる 2 つの視点

AD の治療を考える前提として、AD とはどういうものだと思えばよいのだろうか。

それに対して 2 つの視点がある。1 つは生物学的視点、もう 1 つは症候学的視点あるいは心理学的視点、生活的視点である。治療にはこの 2 つの両方の視点が必要だと考える。ところが現状では、生物学的視点ばかりが優勢になり、症候学的視点は忘れられたまま治療が行われていることが多い。症候学的視点を改めて認識し見直す必要がある。

生物学的視点は、「認知症とは、脳神経機能の低下とそれによって派生する BPSD」と考える見方である。治療について、薬物療法はもちろん非薬物療法も、ほとんどがこの認識のもとに考えられている。非薬物療法のうち従来の枠組みにある認知リハビリテーション、作業療法、運動療法、食事療法など多くのものは、その目標として薬物療法以外の方法で脳神経機能を維持することを掲げる試みである。

これに対して、症候学的視点とは「認知症は自己肯定感 (自尊心) が傷つき、役割を失う病であり、しばしばこれまでの対人関係 (社会的関係) が壊れ」⁶⁾、「対人関係の悪化を背景とした精神的反応として BPSD が生まれる」という見方である。この視点では、前述の生物学的視点のように、認知症を「克服すべき課題」「矯正すべき障害」とのみ捉えることはしない。本視点の前提は、認知症は「超高齢社会においては当然生じるもの」であって、「矯正すべきもの」ではなく「肯定と承認を与えるもの」であるべきである。すなわち、認知症は治す必要はない⁸⁾。社会が認知症の本人を肯定し (むしろ歓迎し)、周囲はその現状をまず受容して対応すべきであり、介護もまた避けたい労苦のみではなく、だれもが経験する有意義な体験と捉えられるようにしたいのである。

この視点による治療では、脳機能を維持向上させることを第一には考えない。第一義的に重要なのは、本人がいかに自己肯定感 (自尊心) を回復・維持し、周囲の人々に認められ (あるいは役割を求められ) つつ、人生と生活を意義深くまたは生き甲斐をもって送ることができるかである。脳機能の低下は避けられないものとして考え、残った脳機能によってよりよい「生」を生きられることを主眼とする。これは従来の「医学モデル」を外れるものかもしれない。しかし、それこそが認知症臨床のあるべき態度ではないか。

そもそも、AD などの認知症の最大かつ確実なリスクファクターは加齢である。厚生労働省研究班の調査では、2012 年時点での認知症の人は 462 万人で高齢者の 15% にあたるが、この割合は年齢が上がるほど確実に上昇する。85 歳以上では 4 割を超え、90 歳以上では 6 割に達している。これらの年代では、ほぼ 2 人に 1 人は認知症である。これはすなわち、長寿になればなるほど認知症になりやすいということを表している。リスクファクターは通常避けることが望ましいが、これはそうはいかない。ここには大きな矛盾がある。長生きをすると家族も周囲もお祝いをする。長寿を礼賛し、もっと長生きをしてほしいと願う。そういう

社会がある。ところが、長寿になればなるほど起こってくる認知症に対しては、困ったことだ、なんとか治さなければ、と逆に問題視する。おかしい現象というほかない。現代の社会は、あまりに認知症を否定的にみすぎている。

社会も人も、認知症を当然のことと考え、その備えをすべきなのである。備えの中で第一に重要なのは、社会の人々の認知症の人をみる見方、意識である。認知症をことさら問題視するようなことをせず、長寿になったのだから認知症になってよい、治さなくてよい、認知症でも楽しく生きることを考えよう。そういう意識をだれもがもちたいのである⁸⁾。もちろん、医学研究者が、認知症の根治療法をめざして研究を続けることに大きな意義があるのは言うまでもない。

Ⅱ. 「張り合い」を作る診療

認知症臨床とは決して、症状ばかりに注目し問題にして矯正しようとするのではなく、「張り合い」をもった生活、充実した生き生きとした生活ができていのかどうか焦点になるべきである。言い換えれば、それはADの人が失いつつある自己肯定感と自己効力感を回復し維持することである。

「治る認知症状態」を除外することを含めた正確な診断は、医師がすべき当然の最低ラインである。重要なのは「診断の次の一手」にほかならない。効果に限界のある抗認知症薬投与だけでは治療とはとても呼べない。「生活」とそこに含まれる介護者のかかわりを知らなければ治療は始まらない。日中どんな過ごし方をし、どのように食事をし、どんな時間に寝て起きているか、どんな楽しみがあるのか、不満なことやつまらないことはないのか、家族や介護者はどのくらいの時間、どのように接しているのか、それを本人や家族から聴いたうえで、規則正しい生活と「張り合い」のある生活、楽しく生き生きと過ごせる生活を作る相談を家族と行う。ADの人の心情を理解し傷つけない接し方を家族に指導することも重要である。

ADの人の多くは、自信をほとんどなくしかけ、

家族の中でどう振る舞っていいのか悩み、居場所がなくなったように感じている。程度の差はあれ、たいていの人がそういう思いをしている。そしてそれをやり過ぎそうと、取り繕ったり、虚勢を張ったり、閉じこもったり、知らず知らずに心理的に無理な努力を重ねている。生きるうえで欠かせないこの張り合いや自己肯定感を失いそうになっているのである。それがさらに進むと、自分はどういうふうな人でもいいのか、などという気持ちすらわいてくる。そこに必要なのは「張り合い」である。

具体的には、本人の好きなことを再開したり、日中の活動性を維持する日課を作ったりすることなどが挙げられる。ただ、常に介護者が伴っていることは困難である場合が多い。そのような場合、介護保険を利用してデイサービスを活用するのが、有用な手立ての候補である。ケアマネジャーからの勧め（家族が強く勧めるのは好ましくない）に対して抵抗を感じ拒否的になる人もいるが、見学や試みの参加で行く気持ちになり楽しめる人も少なくない。デイサービスは画一的になりがちで、一人ひとりの個性や要望に合わせにくいという問題がないわけではない。しかし、家庭で疎外感を覚えながら暮らしていた人が、デイサービスに「居場所」を見つけて見違えるように生き生きとした表情になることは多い。

Ⅲ. 本人に対する精神療法

認知症臨床でもっとも大切にしたいことは、本人の自己肯定感を回復することであり、失われつつある自信と役割を取り戻すことである。それを診察の場ですべて成就することはもちろんできないが、診察の場でもできることがある。

それは、本人の話に耳を傾け、対話することである。すなわち認知症本人への精神療法である。とくに精神療法などと言わず、単に面接、会話でもよい。これが現在の認知症診療ではなおざりにされがちであることは大きな問題である。治療者は、介護者の声にばかり耳を傾けがちであるが、治療者の語りかけが本当に必要なのは、認知症の

人本人である。認知症が忍び寄る不安、周囲の態度の変化への驚きと怒り、役割と居場所を失っていく恐怖、やがて訪れる自己否定的感情——認知症の人はそれらをきつと感じ、心は大きく揺らぎ、自分の存在すら危うく感じられている。まさに精神療法の対象である。認知症の人の存在と心情に注目することは、現状の認知症診療で一番欠けていることなのではないだろうか。

認知症に精神療法の保険請求は認められていないので、認知症と診断した人とはいくら面接や会話をしても診療報酬を請求することはできない。しかし、精神科医療の基本は、患者の訴えに耳を傾けることから始まる。どんな気持ちで来院したのか、どこか調子の悪いと感じるところはないのか、ふだんの生活はどんな風になっているのか、不満や望みはないのか。それを聴かずに診療が始まるわけがない。さらに、これまでの人生で力を注いだ出来事と生きがい、楽しみや趣味を聴き、いま張り合いを感じていることはあるか、寂しいと思うことはないか、などこれまでと今の生活や心情を聴きたい。

どこもなんでもない、と取り繕いをするのはADの人の特徴であるが、それには初対面の人に自分を変だと思われたくないという思いが強く働いている。それでも、ちゃんと目をみて向かい合い、本気で耳を傾けることから始めるべきである。信頼関係ができれば、本音を話してくれるようになることも多い。家族から情報を得ようと話を聴くときには、本人に「あなたのことを家族の方にうかがってもいいですか」と了解を得てから行うことも、本人を尊重する大事な配慮である。

「早期発見、早期介入」が叫ばれる現状⁷⁾で、家族は早く異常をみつけて診療に連れてきて、なんとか認知症を進まないようにしてほしい、できれば治してほしいという思いが強い。その思いに一定の答えを出す必要はある。しかし、一番つらさと違和感を感じているのは本人であることを理解してもらう。それは自分という存在が認められなくなるつらさと違和感である。家族が「困っている」というとき、それは本人を「困った人」と位

置づけていることになる。それが本人につらい思いをさせているのである。

家族からの情報で、問題点がいろいろと明らかになったときでも、それを家族サイドに立って本人に指摘するようなことをしてはいけない。もし確認するなら、家族の情報をうのみにしない中立的態度をとり、改めて本人を傷つけない言い方で質問し確認することである。常に本人の立場に立ち、心情を受け入れて共感する態度が基本である。そのようにすると、今度は家族や介護者が医師に対して不満を抱く場合も少なくなる。「ボケた本人の言い分の方を聴くなんて」と直接医師に苦情を言う家族もいる。そのようなときは、本人を外し、家族に対し本人の心情を尊重することを第一に考えていること、それが介護を進めるにあたって家庭内でもとても重要であることを説く。

Ⅳ. 安易な使い分けの前に

現在流通する4種の抗認知症薬の「使い分け」が論じられることがある。例えば、無気力やアパシーが目立つ人に適しているのはA薬、落ち着かなさや困惑を示す人にはB薬、焦燥や攻撃性にはC薬（ABCはいずれも抗認知症薬）などという主張である。しかし、これはあまりに皮相な見方からくるマニュアル化である。認知症の人が、無気力や困惑や攻撃性などBPSDとも呼ばれる状態を示したら、それは認知症という脳神経障害が原因なのであろうか。背景要因として存在することは否定しないが、重度な例は別として、初期から中期までのADでそれが脳神経障害の直接の結果であることは非常にまれである。一方で、感情や対人反応性は十分に保たれている。周囲のかかわりや環境に対する正常な心理的、感情的反応が、それらの症状を生むと考えるのが自然である。症状には、必ず何らかの理由や生活上の背景がある。成因を考え、それに合った対処をすることが先決で不可欠なのである。

このことは、すでに35年以上も前、前原と飯塚⁴⁾が「ADの反応性症状」として指摘している。認知症には、「脳の器質的変化に基づいた基本症

状」と「精神的反応としての症状」の2つがあることを示し、失われた能力への過度な期待や、患者を拒絶したり無視したりしたときに、精神的動揺から種々の周辺症状や妄想的発展が生じると鋭く衝いている。また、小澤⁵⁾も18年前にADでみられるもの盗られ妄想の生成過程について詳細に検討し、状況因や環境因が大きくかかわっていることを示した。生物学的知見の大きな進展をみた現代でもなお、これらの知見はその意義をまったく失っていない。英国の心理学者 Kitwood²⁾が強調した認知症症状の構成要素の1つ「対人心理 (social psychology)」要因も同様の観点である。この理念は、国内のケアの現場でも実践が徐々に広がりつつあるが、認知症診療の場ではまだ浸透していない。

厚生省が2012年に出した「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」³⁾は向精神薬の「使用マニュアル」のように誤解されているが、実際はそうではない。ガイドラインの主張でもっとも注目しなくてはならないのは、向精神薬を使う前に除外すべきだと示されている条件——「身体的原因がない」「他の薬物の作用と関係がない」「環境要因により生じたものでない」である。それらをクリアして初めて、向精神薬を使つてよい。言い換えれば、BPSDの原因として、これらが重要だということを示しているのである。残念なのは、もっとも重要なこの個所に十分な説明がないことである。環境要因の中で大切なのは、自己肯定感や自尊心を尊重した周囲の介護対応、活動性と張り合いをもった生活である。それが損なわれることが、BPSDの素地になるのである。

おわりに

精神科医は「オーガニック (器質) 派」と「メンタル (精神・心理) 派」に分けられるとする説がある。認知症医学の第一人者の一人、朝田隆氏が提示した分け方である¹⁾。朝田氏によれば、見分けるのは簡単で「認知症 (を診るの) が好きか?」と聞けばよい。答えが好きならオーガニッ

ク派、好きでないならメンタル派となる。オーガニック派は、画像や脳の神経病理には長けているが、精神療法は苦手で「心」への関心が少ない。これまで認知症を専門としてきた医師の多くはこのオーガニック派である。メンタル派は、「心」に関心があり精神療法を得意としているが、画像は苦手で元来認知症を診る機会もその気も少ない。認知症は「脳」の疾患であつて「心」の病気と考えていないからである。この現状で、認知症の人は、「脳」は診てもらえても「心」を置き去りにされかねない精神科医療の構造に直面していると言わざるを得ない。

現実には、オーガニック派とメンタル派の中間にいる精神科医が多いだろう。しかし、その精神科医たちの診ている対象疾患のほとんどは、気分障害や統合失調症、不安障害や適応障害あるいは発達障害であり、認知症となると腰がひけてしまうことが目立つ。他の疾患なら、「脳」と「心」の両方を診ることができる医師が、認知症となると「器質性疾患」「脳の疾患」としか捉えられないという悲しい状況があると言わざるを得ない。認知症の診療は「脳」を診るだけではなく「心」や生活を診ることであり、その一方しか診られない診療は不十分というほかない。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 朝田 隆:「レビー小体型認知症の臨床」書評 (<http://www.igaku-shoin.co.jp/bookDetail.do?book=81185>) (参照 2016-03-14)
- 2) Kitwood, T.: A dialectical framework for dementia. Handbook of Clinical Psychology of Ageing. (ed. by Woods, R.T.). John Wiley & Sons, London, p.267-282, 1996
- 3) 厚生労働省:平成24年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c-att/2r98520000036k1t.pdf>) (参照 2016-03-14)
- 4) 前原勝矢, 飯塚礼二:痴呆の治療, 神経内科, 11: 237-246, 1979

5) 小澤 勲：痴呆老人にみられるもの盗られ妄想について— (2) 妄想生成の力動と構造. 精神経誌, 99: 651-687, 1997

6) 松田 実, 翁 朋子, 長濱康弘：人との関係性からみた認知症症候学. 老精医誌, 20 (増刊 I) : 104-112, 2009

7) 上田 論：認知症の早期発見と抗認知症薬の意義—薬物より自己肯定感回復の対応を—, 精神科治療学, 28 : 1447-1452, 2013

8) 上田 論：治さなくてよい認知症. 日本評論社, 東京, 2014

More Attention Should be Paid to Alzheimer's Disease Patients' Daily Living Than to Their Cognitive Function : Interventions Offering a Social Role, Including Psychotherapy

Satoshi UEDA

Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School

Both biological and psychological interventions are important in the treatment of Alzheimer's disease (AD). Although there is no curative therapy for AD, current interventions that focus mainly on their cognitive functions are neither sufficient nor effective. More attention should be paid to their self-efficacy in daily life. When people develop AD, they will lose their self-respect and social role or relationships. The aim of the treatment for AD is simply to regain these, which will not be successful unless their daily lives become the target of sharp focus. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are also strongly associated with patients' daily life rather than with their cognitive function. Upon medical examinations, psychiatrists should not only listen to patients' caregivers, but also provide psychotherapy for the AD patients themselves, despite their being cognitively more or less impaired. Psychiatrists have to inform caregivers about the loneliness AD patients feel and the importance of respecting their feelings. Regarding pharmacotherapy, discussion concerning the best for each patient's condition among the four kinds of current anti-dementia drugs would not be useful, as each patient's condition, inclusive of BPSD, does not only depend on their neurological impairment. General function of the brain is largely normal in AD patients at early stage, therefore rarely causing BPSD. What may well cause BPSD are the patients' circumstances including social interaction between caregivers and themselves in their daily life. Thus, psychiatrists need to keep in mind both biological and psychological factors in the treatment of AD.

< Author's abstract >

< **Keyword** : Alzheimer's disease, cognitive function, social role, self-efficacy, psychotherapy >