

## 4. アルツハイマー病の非薬物療法

山口 智晴<sup>1)2)</sup> 山口 晴保<sup>1)</sup>

**要約** 適切な薬物療法とともに、患者の抱える不安や喪失感を理解し、介護環境を知り、適切なりハやケアを提供し、家族介護者を指導し支えるといった、多職種で協働する非薬物療法が求められている。診察室での本人や家族への接し方など、主治医や家族介護者が本人に関わる行為の全てが非薬物療法であると包括的に捉える。脳活性化リハビリテーションの5原則はリハ・ケアばかりでなく診療にも活かせる。

**Key words** : 生活障害, 認知症の行動・心理症状 (BPSD), 脳活性化リハビリテーション, 家族指導, person-centered care

(日老医誌 2012; 49: 437-441)

## はじめに

変性性認知症疾患の中で最も頻度の高いアルツハイマー病 (Alzheimer's disease; AD) では、根治療法はなく、症状に応じた薬物・非薬物療法が行われる。ADの臨床症状は、①記憶障害、見当識障害、遂行機能障害などの認知症状 (中核症状) と、②①から派生する不安感や混乱などを背景として生じる妄想、易怒性、徘徊などの多彩な行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD, いわゆる周辺症状) に大別されるが、さらに③①の中でもより高次なメタ認知の障害としての社会参加や対人交流技能の障害 (社会生活の困難), 生活管理能力の障害や作業遂行能力の低下による生活活動上の障害など、認知症に特有な社会生活上の症状が生じる (図1)。①の認知症状は抗認知症薬で進行を遅らせることができるが、BPSDの内容や病期に応じて薬剤を使い分ける必要がある (例: 易怒性にはメマンチンなど)。②のBPSDに対しては非薬物療法が第一選択であるが、適切な薬剤を最小限併用することで良好な結果を得ることが少なくない。つまり、BPSDは非薬物および薬物療法によって治療できる可能性が高い部分であり、この意味でも認知症医療の中で非薬物療法が大きなウエートを占めている。

認知症医療の目的は、認知機能の改善 (認知テストの得点向上) ではなく、『認知症という困難を抱えながらも本人と家族が穏やかに在宅 (施設) 生活を続けることの支援』である。在宅生活を困難にする要因であるBPSDを予防する、すなわち出現させない、出現しても重度化させないことが極めて重要であり、そのための非薬物療法を本稿で解説する。

ADではMini-mental state examination (MMSE) で測れるような要素的な認知機能ばかりでなく、自己洞察機能 (自分の認知機能の状態を客観的に判断) などのメタ認知機能が低下して病識が欠けた態度を取ったり (病態失認的態度), 他人の行動の意図や気持ちを理解する能力 (社会脳機能) が低下して③の「社会生活の困難」が引き起こされる。そして、これが認知症特有の症状形成やBPSDの背景要因となる。「認知症の治療は抗認知症薬で認知機能を上げればよい」という医師にありがちな考え方では、認知症の医療はうまくいかない。認知症の人の困難をその人の身になって理解し、安心して過ごせるような生活環境を整える必要がある。主治医がperson-centered care (詳細は後述) の考え方を理解し、家族介護者が本人の気持ちや病気で失った機能を理解してケアすることが何よりも大切であり、主治医や家族介護者が本人に関わる行為の全てが非薬物療法であると包括的に捉える必要がある。非薬物療法というと、認知機能へ直接的に働きかける認知リハビリテーションが挙げられがちだが、BPSDや生活機能・社会参加・対人交流技能に着目した様々な方法が挙げられる (図1)。つまり、非薬物療法の対象は「ADという疾患」ではなく、「AD

Non-pharmacological treatment of Alzheimer's disease

1) Tomoharu Yamaguchi, Haruyasu Yamaguchi : 群馬大学大学院保健学研究科

2) Tomoharu Yamaguchi : 群馬医療福祉大学リハビリテーション学部

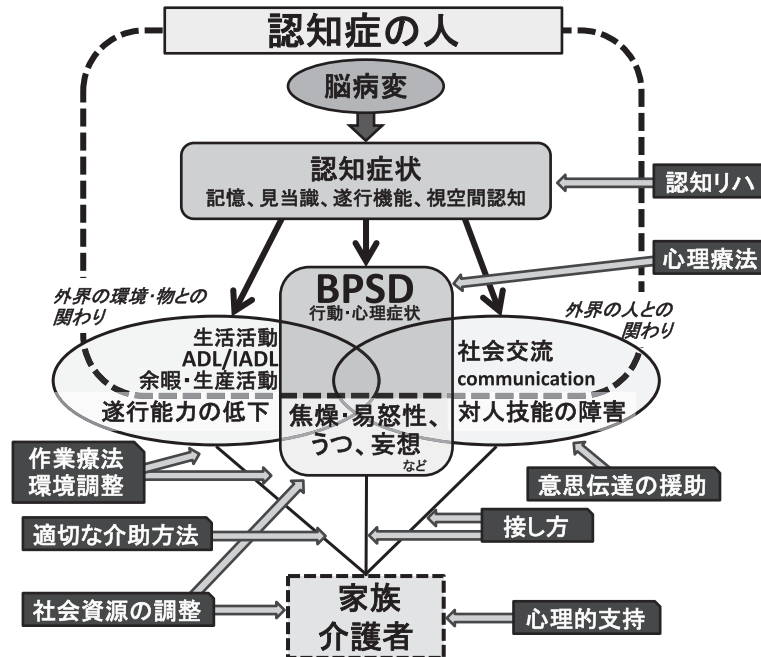


図1 認知症の人と家族介護者を支える非薬物療法 (白抜き文字)

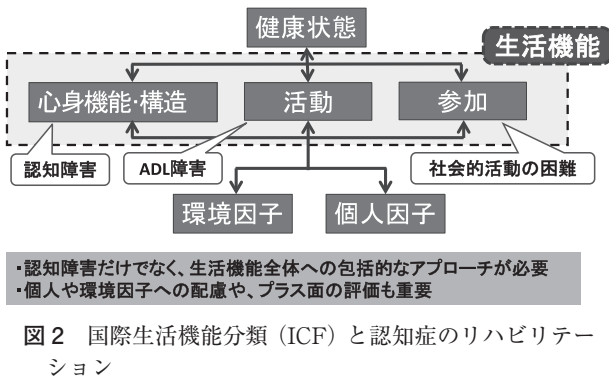


図2 国際生活機能分類 (ICF) と認知症のリハビリテーション

を患った「その人」という「全人的」な視点が必要である。

### リハビリテーション

2001年にWHOが採択した国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) では、心身機能・構造、活動、参加の全てを包括した生活機能という用語が提唱された (図2)。前述の通り、ADでは単に認知機能 (心身機能・構造) が低下するだけでなく、日常生活 (活動) や社会参加にも障害を抱えている。例えば、遂行機能障害により献立を考えた調理動作が困難となる、視空間認知の障害により更衣動作が困難となるなど、生活動作上の作業遂行能

力に問題が生じる。本人は病識も低下し、自身の作業能力の低下を正確に分析・自覚することはできないが、失敗体験の連続や動作の困難さに伴う混乱などから漠然とした病感 (不安感や喪失感) があり、徐々に自信を失うと共に意欲や活動性が低下していく。しかし、「昔取った杵柄」といったような手続き記憶を基にした動作や、若いときに習得した意味記憶は比較的保たれる。したがって、認知症のリハでは認知機能の改善だけではなく、残された能力や周囲の資源 (物理的・人的環境や社会制度) をいかに活用し、個人因子も含めてポジティブな面を最大限に引き出せるかも重要である。この様な視点は、人間が生きるために必要な全ての動作を「Occupation: 作業」と捉え、その人の作業遂行技能を診ることができ作業療法士が最も得意とする分野であろう。

記憶力障害や失見当識へ直接的に働きかける認知リハには、現実見当識訓練 (reality orientation: RO) のほかに記憶訓練 (強化反復訓練法や間隔延長法) などがあがるが、神経心理学的な検査で一時的な改善を認めても、行動や日常生活活動 (ADL) への汎化が乏しい傾向にあり、ROに関するシステムティックレビューでは否定的な見解もある<sup>1)</sup>。臨床的経験としては、ある程度進行した症例では「できない」「自信がない」といった心的負担が大きく、逆効果であると感じることが多い。

認知機能尺度のような定量的な効果指標でエビデンスを出しやすい薬物療法と異なり、リハはセラピストと患

表1 脳活性化リハビリテーションの5原則 [文献3より]

*快刺激	快刺激により笑顔が生まれることで、脳内にドーパミンが多量に放出され、学習意欲・やる気の向上につながる。スタッフ側も笑顔になることで、笑顔が笑顔を生み出す。また、快適な環境の設定も重要である。
*ほめる	対象者をほめる・受容する。ほめられることは人間にとって最大の報酬であり、ドーパミン神経系の賦活により、意欲の向上につながる。他人をほめることも大切であり、自己効力感や尊厳を高める。
*コミュニケーション	他者と楽しい時間と場を共有することで、安心感が生まれる。特に進行と共に困難となる社会交流については、それを踏まえた上で受容的に関わり、非言語的コミュニケーションも含め社会的相互交流の場を維持する。
*役割	対象者が社会的役割を主体的に担うことができるようにかかわる。主体的役割の存在はその人が生きている拠り所となるものであり、疾患に関係なく人間として共通するものである。
*誤りを避けて正しい方法習得 (errorless learning)	認知症では誤りを基に試行錯誤からの学習は困難だけでなく、混乱を招きネガティブな感情のみが記憶に残りやすく、学習の妨げにもなる。能力に応じたサポートで不要な失敗を避けつつ、正しい方法を繰り返し、成功体験とポジティブな感情で終わらせる。満点主義が基本。

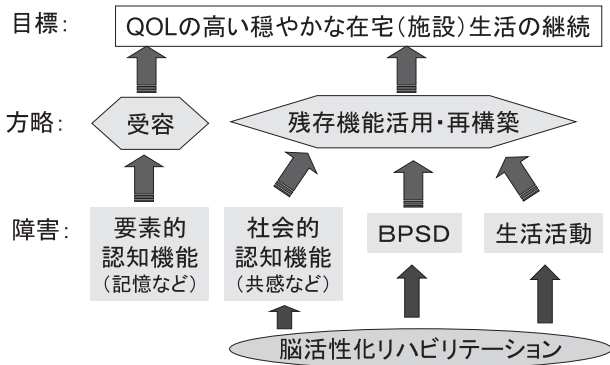


図3 認知症の多彩な障害への脳活性化リハの適応と方略、目標

者(家族)の関わりを通じて介入することや、全人的な効果目標を掲げていることなどから、効果のエビデンスを示しにくい。その結果、我が国の認知症疾患治療ガイドライン2010<sup>2)</sup>では、認知機能障害に対するドネペジルなどの薬物療法はグレードA(科学的根拠あり、利用を推奨)であるのに対し、ROや回想法、認知刺激療法、運動療法などのリハはグレードC1(有効な可能性あるが、十分なエビデンスなし)とされる。

そこで、個々の技法でエビデンスを示すのではなく、“有効な関わり方”でエビデンスを示そうと、筆者らは脳活性化リハビリテーション5原則(表1:図3)<sup>3)</sup>を提唱している。この5原則に基づき、患者・介護者や療法士間の相互のポジティブな働きかけを通して向社会的な意欲を引き出すことが、BPSD低減、QOL向上、生活能力の向上などの効果を生み出すと考えている(図3)。自験例では、脳活性化リハの介入で全般的な認知・生活機能の改善<sup>4)</sup>や、二次的な認知機能の向上<sup>5)</sup>を示している

(図4)。この原則は、リハだけでなくケアや診察室での医師の態度などを含めた幅広い非薬物療法全般に当てはまる。

多湖<sup>6)</sup>は、認知症の人の残存能力を活かした「能力活用セラピー」を提唱し、記憶力障害のあるAD患者は子供のしつけが得意で「ちゃんと勉強しなさい」を5分おきにくり返して何度でも言える能力を持っている、徘徊力のある患者は地域の防犯パトロールにうってつけなどと指摘している。ADになっても「他人の役に立ちたい」という気持ちは持ち続けており、実際に役立ち感謝されることで尊厳を取り戻し、生活意欲とQOLの向上につながる。

ADは老人斑や神経原線維変化などの脳病変形成が進行することで残された認知機能(認知予備能)が低減すると発症し、さらに重度化していく。しかし、脳には可塑性(良くなる力)があり、残存能力(認知予備能)を活用して楽しくいきいきと生活していくことで、認知症の進行に打ち勝つことはできないまでも、進行を遅らせることは不可能ではない。認知症の人が諦めずに前向きな気持ちで生きていくように支援することが望まれる。

### 適切なケア

ケアでは日々の“生活”に寄り添う必要があるため、生活歴、性格、環境など多面的に配慮したオーダーメイドの関わりが求められる。これらを踏まえた適切なケアとして、Tom Kitwoodの提唱するperson-centered careの概念<sup>7)</sup>がある。これは、単にその人の個性を尊重し、できることを伸ばすというだけでなく、personhood(一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること)をより高めるケアである。また、この概念に基づいたケ



図4 体感型テレビゲームの一例

「紙相撲」ゲームは二人で対戦し、センサーの上でたくさん足踏みした方が、テレビ画面上で押し出して勝つ。ほめられながら参加し、心と脳が楽しく動き、認知機能が二次的に向上した。(XaviX ほっとプラス 新世代KK)

アの実践を評価し、ケアの改善につなげる具体的手段として dementia care mapping (DCM) がある<sup>8)</sup>。これらを実践した例として、良質な個別ケアを行うことでBPSDを悪化させることなく抗精神薬投与量を減少することができたとする英国での多施設ランダム化対照試験(RCT)の報告<sup>9)</sup>や、薬物療法に代わり家庭的個別ケアの導入により重度のBPSDが改善した報告<sup>10)</sup>などがある。これらのケアの視点と実績は、少子高齢化と核家族化が進む我が国でAD患者を支える社会システムを考えていくうえで重要なものである。

### 家族支援と環境調整 (社会資源の利用)

ADの早期より、もの盗られ妄想や易怒性・興奮などのBPSDがしばしば出現し、家族介護者の心的負担の原因となる。この時点では、適切なケアと薬剤、社会資源の利用により在宅生活の継続が可能な時期である。しかし、家族にとっては今までとは異なる親の言動を理解できずに(または受け止められず)困惑し、時に説得や口論、言動の修正を強要することでさらにBPSDを悪化させるケースも多い。このような症例を紹介する。症例は70代後半の独居の女性。初診時はMMSE 17点(30点満点)で、記憶や見当識、注意などの認知機能低下を認めた。2カ月前から、もの盗られ妄想やお金への執着に対して娘が理論的な事実の説明や説得をして口論となっていた。日を追うごとに興奮とお金への執着が強まり、恐ろしい形相で警官を呼ぶことが2回あった。娘は“認知症かもしれない”と気づき、インターネットと本で認知症患者への接し方を学び、本人の気持ちを受容するように対応を変え、夜も家族の誰かが付き添うように対応したところ、“泥棒”という発言はなくなって穏やかさを取り戻した。対応の仕方がいかに大切かをこの症例

は如実に示している。しかし、このようなケースは希であり、大半の家族は本人の現状を理解することやそれを受け入れることが困難で、BPSDが悪化し途方に暮れた状態で受診に至る。そこで、家族に対する支持的療法や、役割を与えてほめるなど脳活性化リハの原則を活かしたケア方法をアドバイスすることが有効である。実際にそれらの支援を行うと「褒めたら笑顔を見せてくれました」などと家族介護者が変化する。熱心な家族介護者(特に男性)ほど認知症の人の失敗を受け入れられず非難したり高圧的な態度で矯正しようとして、BPSDを悪化させる悪循環に陥っているケースもある。このような状態に陥って精神科病院への入院が必要になるような事態をなるべく避けるためにも、BPSDの予防(芽を摘み、出現しても重度化させない)のケアが極めて重要である。

また、熱心な介護者ほど介護を抱え込む傾向があり、それが虐待や介護者のバーンアウト(燃え尽き)症候群につながることもある。AD患者が安心して自宅での生活をより長く続けるためには、介護保険をはじめとした社会資源の利用が望ましい。特にデイサービスやヘルパーサービス、週末のショートステイなど、家族の負担に着目した社会資源の利用は、家族介護者の心的安定を保証し、それが本人のBPSD軽減につながる。脳は鏡のように相手の心を映し出すので、介護者が穏やかな気持ちになることで、それを反映して認知症の人の心も落ち着く。今回提示した症例の場合も、娘さんに大きな負担がかかっており、介護保険サービスの利用を検討した。このような環境(社会資源)の調整なども合わせることで、非薬物療法の効果はより高いものとなる(図1)。

### おわりに

診察室においても、できないことをピックアップする

のは本人の居ないところで行い、本人の居る所ではできることの情報ピックアップし、脳活性化リハの5原則(表1)に基づき、「〇〇ができるのはすごい」と褒め、医療者の言うことを守る(服薬を遵守する、受診を嫌がらないなど)ように仕向けることも立派な非薬物療法である。ADの医療は薬物よりもむしろ非薬物療法が大切なことを再度強調して稿を終える。

少子高齢化・核家族化が進み独居認知症や認知介護(夫婦が共に認知症でお互いに介護)が増える中で、BPSDを予防してAD患者の在宅生活継続を支えるためには、適切な薬物療法の提供に加えて、非薬物療法を理解して、多職種で協働しながら非薬物療法を提供することが医療者に求められている。

## 文 献

- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG: Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (11): 1996-2021.
- 「認知症患者治療ガイドライン」作成合同委員会編: 認知症患者治療ガイドライン 2010, 医学書院, 2010.
- 山口晴保: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 第2版, 協同医書出版社, 東京, 2010.
- Yamagami T, Oosawa M, Ito S, Yamaguchi H: Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics* 2007; 7 (2): 69-75.
- Yamaguchi H, Maki Y, Takahashi K: Rehabilitation for dementia using enjoyable video-sports games. *Int Psychogeriatr* 2011; 23 (4): 674-676.
- 多湖光宗: 認知症の人の底力を地域に活かす. *日本認知症学会誌* 2012; 26: 28-35.
- Kitwood T: 認知症のバーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ—, 高橋誠一訳, 筒井書房, 東京, 2005.
- 水野 裕: Quality of Careをどう考えるか—Dementia Care Mapping (DCM)をめぐって. *老年精神医学雑誌* 2004; 15: 1384-1391.
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, et al.: Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006; 332: 756-761.
- 高橋 淳, 横田 修, 藤沢嘉勝, 佐々木健: 認知症患者治療病棟における家庭的環境と個別ケアの導入による治療の試み. *老年精神医学雑誌* 2007; 18: 1341-1349.

## 理解を深める問題

- 問題 1. 次のうち非薬物療法に含まれるものはどれか。
- 家族支援
  - 家族指導
  - 診察室での医師の態度
  - 介護保険の利用を勧める
  - すべて
- 問題 2. ほめることの効果と関係する神経伝達物質はどれか。
- ドパミン
  - アドレナリン
  - アセリルコリン
  - セロトニン
  - ノルアドレナリン
- 問題 3. 現実見当識訓練で正しいのはどれか。
- 軽度よりも重度な認知症で効果が期待できる
  - 重度な認知症では混乱を招くことがある
  - 季節や日付などを覚えるまで繰り返し言わせる
  - 最近のことよりも昔のことを話題にする
  - 季節にあった適切な衣服を分かるまで指導する
- 問題 4. 回想法について誤っているものはどれか。
- 発症してからのことを話題にする
  - 古い生活道具を用いることで回想が促進される
  - 小グループで実施すると盛り上がる
  - 昔の苦労や戦争体験などを思い出すことがあるので対応が必要
  - 本人が体験したこと、出来ることをテーマにする
- 問題 5. 認知予備能について誤っているものはどれか。
- 脳には可塑性があり、使う機能は強化される
  - 脳病変の程度と元来の認知機能との関係が発症に影響する
  - 発症してからでも廃用を防ぐことが進行を遅らせる可能性がある
  - 生活機能を高めるアプローチが認知予備能を高める
  - 認知予備能は加齢とともに低下する