



認知症の非薬物療法

大沢愛子[†] 前島伸一郎* 植田郁恵 尾崎健一 近藤和泉

IRYO Vol. 71 No. 5 (211-215) 2017

【キーワード】 認知症, 非薬物療法, 評価, リハビリテーション

はじめに

厚生労働省によると, わが国の認知症患者は, 2025年には700万人を超えると推計されており, 認知症はありふれた疾患になりつつある. さらに認知症は年齢が上昇するにつれ有病率が増加するため, 高齢化の進行につれ, 患者数の増加ならびに罹患割合の上昇が予想されている. しかし, 認知症は, いまだに気軽に話題にできる疾患ではなく, 患者や家族が社会から孤立してしまうことが多い.

認知症は早期発見, 早期治療が原則であり, 治療法としては薬物療法と非薬物療法がある. 本稿では, 認知症の非薬物療法について概説し, 認知症の社会的孤立や不確かな知識に基づく対応を改善する試みとしての, 認知症のリハビリテーションについて紹介する.

認知症と治療

認知症にはさまざまな定義があるが, ICD-10¹⁾によると, 認知症は, 「通常, 慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ, 記憶, 思考, 見当識, 理解, 計算, 学習, 言語, 判断等多数の高次脳機能の障害

からなる症候群」とされている. その原因として多くの疾患や病態があげられるが, 認知症をきたす最も一般的な疾患は, アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease: AD)である. その他にも, 臨床でよくみる認知症には, 前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia: FTD) やレビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies: DLB), 血管性認知症 (vascular dementia: VaD) などがある. それほど多くはないものの嗜銀顆粒性認知症や大脳皮質基底核変性症などもあり, 薬物療法にしる, 非薬物療法にしる, 正確な診断に基づき, それぞれの疾患の臨床的特徴に応じた治療を選択することが重要である.

認知症と症状

認知症の症状には, 中核症状といわれる記憶障害, 視空間認知障害, 言語障害, 注意障害, 遂行機能障害などと, 周辺症状または認知症の行動・心理症状 (BPSD) ともいわれる妄想や暴言・暴力, 興奮, 抑うつ, 不眠, 意欲低下, 幻覚・幻視などがある. 記憶障害を訴える患者と家族は多いが, 実際に日常のかつ重大な介護負担の原因となるのはBPSDで

国立長寿医療研究センター リハビリテーション科・機能回復診療部 *藤田保健衛生大学医学部 †医師

著者連絡先: 大沢愛子 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科・機能回復診療部

〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目430番地

e-mail: aiko_o_med@yahoo.co.jp

(平成29年1月10日受付, 平成29年2月10日受理)

Nonpharmacological Therapy for Dementia

Aiko Osawa, Shinichiro Maeshima*, Ikue Ueda, Kenichi Ozaki and Izumi Kondo, National Hospital for Geriatrics and Gerontology, *School of Medicine, Fujita Health University

(Received Jan. 10, 2017, Accepted Feb. 10, 2017)

Key Words: dementia, non pharmacological therapy, assessment, rehabilitation

表1 代表的な認知症の非薬物的アプローチ（文献4より引用改変）

1. 「認知」に関するアプローチ 現実見当識訓練、認知刺激療法、 記憶障害・注意障害・遂行機能障害などに対する認知訓練、 誤りなし学習など
2. 「刺激」に関するアプローチ 運動療法、レクリエーション療法、芸術療法（絵画、音楽、写真、編み物、刺繍他）、 アロマセラピー、ペットセラピー、リラクゼーションなど
3. 「行動」に関するアプローチ BPSDに対する行動療法、環境調整など
4. 「感情」に関するアプローチ 回想法、バリデーション、ユマニチュード、心理支持的な精神療法など

あることが多く、施設入所の直接的な要因にもなり得る。このため、薬物療法、非薬物療法のいずれも、中核症状の改善や維持だけでなく、BPSDのコントロールをターゲットにして実施すべきである²⁾。中核症状は疾患や重症度だけでなく本人の病前の能力に、BPSDは介護者を含む周囲の環境に左右されやすく、とくにBPSDの発現や増悪の予防に関しては、家族に対する疾患教育や対応方法の指導、リハビリテーションなどの非薬物療法が有用であると考えられる。

ただ、一概に認知症の中核症状、BPSDといっても、疾患によりその症状や特徴は異なっている。たとえば、ADは病初期からの近似記憶障害とそれに基づく見当識障害が特徴で、徐々に視空間認知障害や道具の使用の障害などを呈する。BPSDとしては、意欲低下、もの忘れの取り繕いや否認、妄想、徘徊などがみられやすい。一方、VaDでは、明らかな巣症状をきたさないこともあるが、一般的には脳卒中中の病巣に応じた失語や失行などの高次脳機能障害に加え、抑うつや興奮などの感情変化や意欲低下などをきたしやすい。また、DLBでは幻視やパーキンソンニズム、症状の日内変動、レム睡眠行動異常等に加え、易怒性や興奮、無関心などを呈することがある。FTDでは中核症状よりも、反社会行動や脱抑制、易怒性や無関心、情動的行動、収集などのBPSDが前景にたちやすい。非薬物療法を行うにあたっては、これらの疾患特徴を捉えて治療目標を立てることが重要である。

認知症の評価と非薬物療法

認知症の非薬物療法の治療のターゲット³⁾と代表的なアプローチ⁴⁾を表1に示す。

現実見当識訓練は、無作為比較対象試験による検討で、効果のエビデンスが比較的確立されている。これは、認知症患者の現実見当識を強化することにより、誤った外界認識に基づいて生じる行動や感情の障害を改善することを目的としている⁵⁾。認知訓練は、記憶や注意、遂行機能など特定の認知機能の向上を目的とする。誤りなし学習が原則で、主として回復的アプローチが実施される⁶⁾。軽度認知障害や認知症の初期には効果も期待されるが、認知機能の明らかな向上は確認されていない⁷⁾。認知刺激療法では、音楽や写真などを用いて見当識や社会性を含む全般的な認知機能を刺激する。認知症高齢者の認知機能やQOLの改善に効果的とされているが⁸⁾⁹⁾、効果の持続や汎化に関する報告は乏しい。また、介護者に対する効果も確認されていない¹⁰⁾。しかし、患者の興味や能力をうまく引き出せば、BPSDなどに対する効果も期待できる。非薬物療法に関しては大規模なRCT（無作為比較対象試験）は困難であるが、ADに対して行われた非薬物療法のシステマティックレビューでは、認知訓練やグループセッション、介護者を含む多面的介入などに軽度～中等度の効果が認められたという¹¹⁾。とはいえ、まだまだ非薬物療法のエビデンスは少ない。これは、認知症の治療は、基本的に、“患者中心；person-centered”あるいは“患者本位；person-oriented”な志向性を有するため、集団に対して一定の介入を行って高いエビデンスレベルを求める研究には本質的には向い

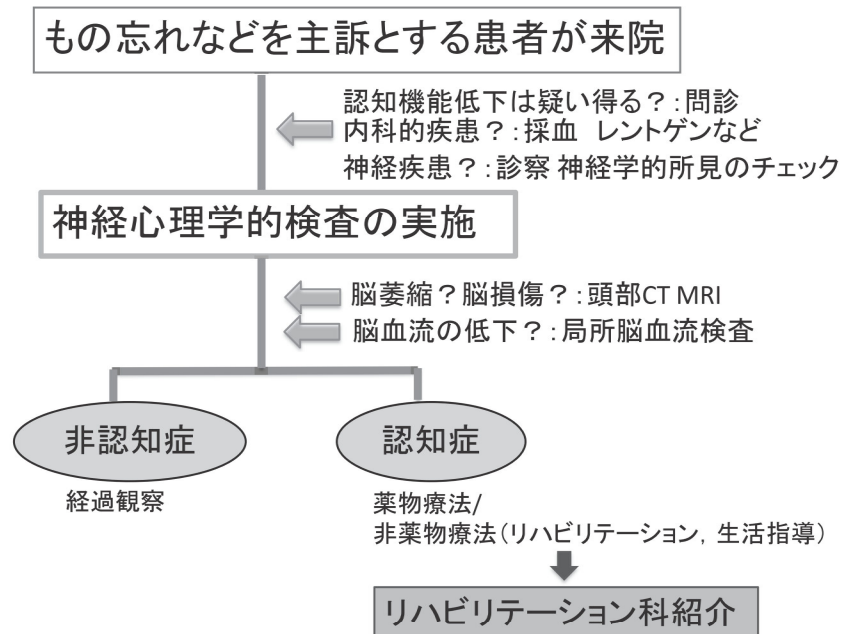


図1 認知症の診断・治療（リハビリテーション）の流れ

ていない¹²⁾ことが一つの要因と思われる。

実際の臨床では、さまざまなアプローチと薬物療法を組み合わせ治療を行う。その際の対応の原則は患者本位であり、テーラーメイドの関わりが重要である。このためには、疾患のみならず、個人の性格やものの考え方、学歴、職歴、趣味、家族関係、友人関係、日常生活機能、身体機能、活動状況、介護状況など、なるべく多くの情報を得ておく。もちろんその前提として、記憶・注意・遂行機能・視空間認知機能・知能などの個々の機能に関する評価を行うと共に、気分や意欲の評価、心理・行動的な評価も実施しておくべきである。神経心理学的な評価は、今現在の患者の認知機能や心理状態を反映するため、非薬物的なアプローチを行う際の課題の選択や難易度の設定に役立つ。一方、個人史や性格、家庭環境、介護状況などの情報は、治療者や介護者が本人に関わる際の関わり方のヒントになり、生活の再建に向けたアドバイスにも役立つ。「患者がかわいそうだ」「時間がかかるので無理だ」など、詳細な評価に否定的な声もいまだに多く聞かれるが、認知症においては画一的な治療や対応はかえって症状や状況を悪化させるものだと認識し、客観的な評価に基づく治療プランを選択すべきである。

🔑 認知症のリハビリテーション

国立長寿医療研究センター（当院）では、在宅認

知症患者に対して、2014年1月より、外来認知リハビリテーション（リハ）を開始した。参加までの流れを図1に示す。もの忘れなど認知症を疑う症状がある患者は、まずもの忘れセンターを受診し、問診や神経学的検査、内科的検査、画像診断などを経て、診断を受ける。そこで認知症と診断され、リハや生活指導、環境調整などが必要と考えられた場合、リハ科にコンサルトされる。そこでリハ科専門医の診察と詳細な評価が行われ、障害された機能や問題点、残存機能などの情報を本人や介護者と共有した上で、リハが開始される。リハは、原則、介護者同伴のもと、週に1回1時間、集団で実施する。最初の10-15分で、患者が作成したスケジュール表（図2）に基づき、1週間の個々の活動を振り返り、最も印象に残った出来事を発表して、患者や家族が互いに感想を述べ合う。他者の発表を黙って聞くことで他者の時間を尊重するとともに、感想を言い合うことで会話に集中させ、コミュニケーション能力も養う。また個々の患者の活動の情報は、他の患者や介護者の活動を促すことにもつながる。われわれは¹³⁾、認知症患者で旅行や趣味などの活動、公共交通機関の利用などが減ることを報告しており（図3）、リハ以外の時間にも、いかに活動を促すかが大切である。次の15-20分は、ダンスやヨガなどを含む運動療法を実施する。その際には筋力、バランス能力の向上を目指す。課題に集中することで、注意機能の改善や模倣による視空間認知機能の向上にも役立つ。残

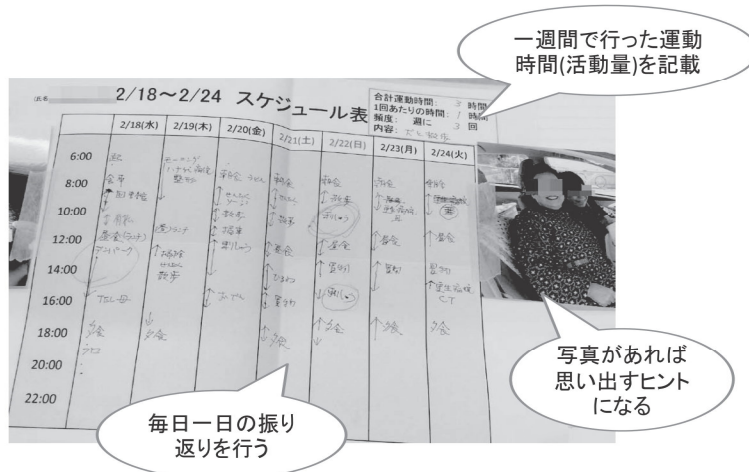


図2 宿題のスケジュール表の記載例

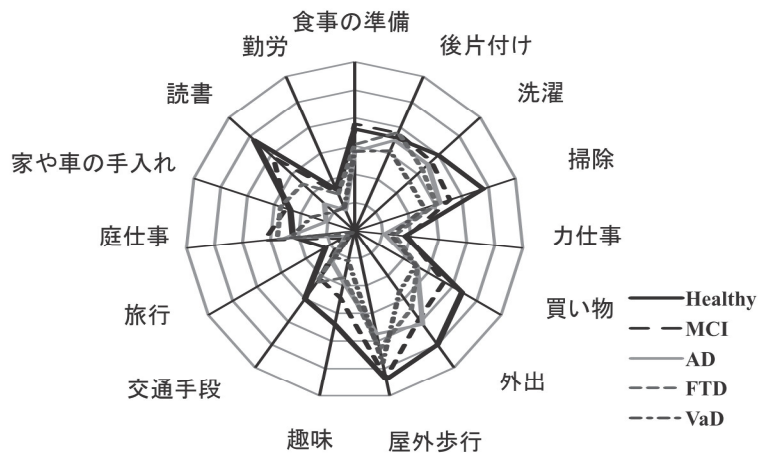


図3 認知症とライフスタイル (Frenchay Activities Index) (文献12より引用)
MCI : mild cognitive impairment

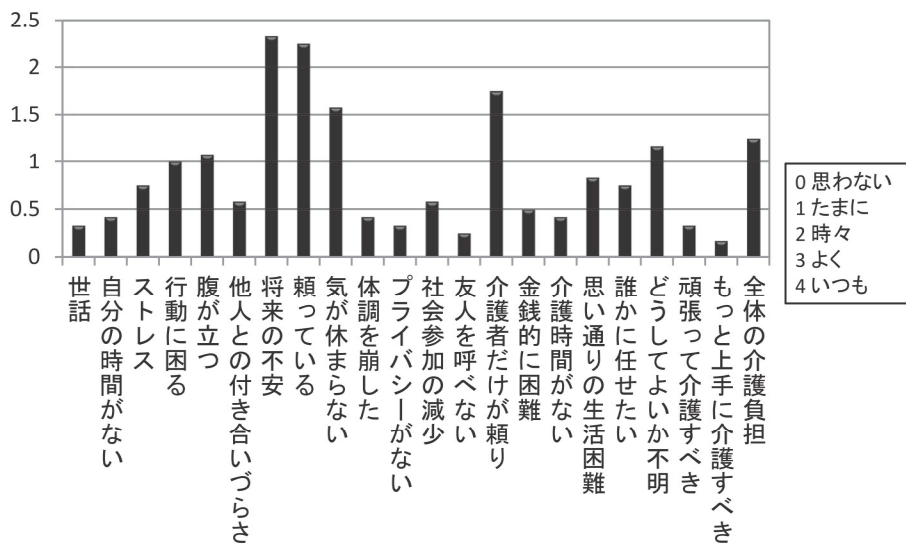


図4 介護者の介護負担度の平均値 (Zarit 介護負担尺度 日本語版)

りの15-20分では、製作など手先を使う作業や回想法を取り入れたゲーム課題などを行う。なるべく他者との交流を促し、他者への配慮やペース配分を検討させるなど、社会性や遂行機能を使用するよう促す。また家族には、声かけの仕方、援助の仕方を指導し、過干渉になりすぎないように注意を促す。家族は、介護者が自分しかいないと思い、将来に対する不安が強くなったり閉じこもりがちになったりするため(図4)、月に1度は家族だけで話し合いをする場を設け、介護に対する不安や問題点を介護者同士が相談し、解決できるよう助言を与える。このように、患者だけでなく、介護者をも含んだ包括的なアプローチによって、患者の認知機能が徐々に低下しても、介護負担は概ね増えることなく経過しており、今後、さらなるエビデンスの構築を進めているところである。また、介護老人保健施設においても、短期集中リハビリテーションで認知機能やBPSDの改善が得られたとの報告があり¹⁴⁾、今後は、病院だけでなく、家庭や施設においても、切れ目のない非薬物療法の継続が重要であると考えられる。

いずれにしても、認知症のリハはまだ途上段階にあり、エビデンスだけを金科玉条とするのではなく、個々の症例の治療を丁寧に積み重ね、治療手技を確立していくことが、われわれの目指すべき方向性であると考えられる。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva 1993.
- 2) 大沢愛子, 森志乃, 尾崎健一ほか. 認知症の非薬物療法とは? MB Med Reha 2015 ; 183 : 128-32.
- 3) Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1997 ; 154[Suppl5] : 1.
- 4) 大沢愛子, 前島伸一郎, 植田郁恵ほか. 認知症のリハビリテーション. Geriatr Med 2016 ; 54 : 479-83.
- 5) Spector A, Orrell M, Davies S et al. Reality orientation for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2000 ; 4 : CD001119.
- 6) 田中尚文. 非薬物療法. 総合リハ 2016 ; 44 : 35-9.
- 7) Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type : a review. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 5 ; (6) : CD003260. doi : 10.1002/14651858.CD003260. pub 2.
- 8) Woods B, Aquirre E, Spector AE et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15 ; 2 : CD005562. Doi : 10.1002/14651858.CD-005562. pub 2.
- 9) Spector A, Thorgrimsen L, Woods B et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia : randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2003 ; 183 : 248-54.
- 10) Aguirre E, Hoare Z, Spector A et al. The effects of a cognitive stimulation therapy [CST] programme for people with dementia on family caregiver's health. BMC Geriatr 2014 ; 14 : 31.
- 11) Olazarán J, Reisberg B, Clare L et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease : a systematic review of efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord 2010 ; 30 : 161-78.
- 12) 三村 将. エビデンスのある認知症の非薬物療法. 高次脳機能研究 2012 ; 32 : 454-60.
- 13) Osawa A, Maeshima S, Tanemura J et al. Relationship between the lifestyle and cognitive functions in elderly individuals. Neurology Asia 2012 ; 17 : 31.
- 14) Toba K, Nakamura Y, Endo H et al. Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. Geriatr Gerontol Int 2014 ; 14 : 206-11.