

### 9. 認知症のリハビリテーション

札幌医科大学保健医療学部臨床作業療法学講座

池田 望

#### 1. はじめに

認知症では中核症状や行動および心理症候(BPSD)の悪化に伴い、食事、排泄、更衣、入浴、整容、移動などのADLや、買い物、洗濯、電話の利用、金銭管理、交通機関の利用などの手段的日常生活動作(IADL)が障害され、在宅で日常生活を維持することが困難となる。リハビリテーションではこうした様々な能力の低下を防ぎ、可能な限りQOLを向上させることが主要な目標となる。

近年、中核症状の進行を抑制する治療薬の開発と脳機能画像の進歩による早期診断技術の向上により、認知症に対する治療的アプローチが積極的に行われるようになった。それに伴い、リハビリテーションとして各種の非薬物療法も広く実施されるようになってきている。しかし、非薬物療法に関しては、エビデンス不足を指摘する意見も少なくない。薬物療法の効果が限定的である現在、非薬物療法の重要性は決して低くなく、客観的な有効性が求められるのは当然である。本稿では、非薬物療法の有効性と代表的なアプローチについて概説する。

#### 2. 非薬物療法の分類と有効性

アメリカ精神医学会(APA)の治療ガイドライン<sup>1)</sup>では、非薬物療法を、①行動に焦点を当てたアプローチ；攻撃性などの問題行動を減少・消失させるための観察とそれに基づく行動の評価、介入方針の立案、環境調整、②感情に焦点を当てたアプローチ；支持的精神療法、回想療法、ヴァリデーショナルセラピー、感覚統合、刺激直面療法、③認知に焦点を当てたアプローチ；現実見当識訓練、skill training、④刺激に焦点を当てたアプローチ；活動療法、リクリエーション療法、芸術療法、他、の4つに分類している。

各非薬物療法の有効性に関しては、日本神経学会が2002年に治療ガイドライン<sup>2)</sup>を作成し、その中で各

非薬物療法のエビデンスレベル(AHCPR基準)と勧告の強さを示している。勧告の強さは、A(行うよう強く勧められる)、B(行うよう勧められる)、C(行うよう勧めるだけの根拠が明確でない)、の3段階である。Aとされたものは活動療法など各種のアクティビティを用いた治療を行うデイケアであり、Bは行動療法、回想療法、ヴァリデーショナルセラピー、現実見当識訓練、音楽療法、光療法、施設職員への専門的教育などであった。その他はCであった。

本間らも、対象をアルツハイマー型認知症に限定して2005年に「アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン」を作成し、非薬物療法を独自に分類した上で勧告の強さを示している<sup>3)</sup>。勧告の強さは、日本神経学会が示した3段階にD(行わないよう勧められる)を加え、4段階となっている。それによると、Aは「記憶の訓練・リハビリテーション」と「現実見当識訓練」、Bは「音楽療法・音楽の使用」であった。Cとされたのは「認知的リハビリテーション・介入・マネジメント・訓練」「Memory aids」「回想法」「動物介在療法」「光療法」であった。

#### 3. 代表的な非薬物療法の概略

##### 1) 活動療法 activity therapy

activityを用いたアプローチであり、デイケアや入院施設で多用される作業療法の中核的治療手段である<sup>4)</sup>。神経系を刺激・強化することによる機能の維持・向上が期待でき、デイケアに関するシステムティックレビューにより有効性が報告されている<sup>5)</sup>。activityはADLやIADLに関するactivity、各種手工芸や仕事の作業を中心とする生産的なactivity、運動や音楽あるいは回想などの非生産的activityに分けられる。特徴は対象者の生活を構成する作業活動を取り入れる点であり、生活歴を踏まえ、対象者にとり意味があり、動機付けられやすいactivityを重視する。activityはそのまま適用されるのではなく残存機能、治療目的に合わせて段階付けgradingや適応的修正adaptationが行われる。治療目的は中核症状である認知機能の維持・向上、BPSDの軽減、身体機能の維持・向上、ADLおよびIADL能力の維持・向上などであり、各種の機能や能力の評価、および本人のneedsに基づいて設定する。IADLに関するactivityを用いた一例として、単独での交通機関利用を望む対象者に改札利用の再学習プログラムを実施し、単独利用が可能になったという報告<sup>6)</sup>がある。

##### 2) 記憶のリハビリテーション memory training

記憶のリハビリテーションでは、人物の名前や約束・予定を忘れる、場所を忘れて道に迷う、何度も同じ質問をする、食事を忘れるなど、生活を送る上で表れてくる問題に焦点を当て、その軽減を目指す。つまり、記憶機能自体の回復よりも、残存能力を有効に活用し、可能な限り問題が軽減することを目標

とする。実施に当たっては、個別の障害像を正しく把握することから始め、患者の日常生活に即した課題を設定する。その際、誤りなし学習errorless learningを採用するとよい。これは、はじめから正答を教示する学習条件であり、いわゆる試行錯誤方式よりも有用性が高いとされている<sup>9)</sup>。保持されやすい手続き記憶を用いた訓練も有用である。作業療法士がADLおよびIADL訓練に、手続き記憶刺激、手がかり、言語的強化、非言語的刺激、見本などを用いたコントロールスタディでは、訓練群で有意な改善を示したと報告されている<sup>3)</sup>。

### 3) 現実見当識訓練

#### reality orientation therapy (ROT)

現実見当識訓練（以下ROT）は定型（formal）ROTと、非定型（informal）ROTに分類される。それぞれを独立して実施する場合と両者を補完的に併用する場合がある。定型ROTは対象者の記憶や見当識の改善を目的とした構造的な集団プログラムであり、クラスルームROTとも呼ばれる。ボードによる視覚的刺激や対象者間の相互作用を利用しながら、年月日や時間、季節、天気など見当識に関する情報を繰り返し提供する。多くは週1度の頻度で30～60分実施される。非定型ROTは対象者の見当識の改善を目的とした物理的環境の再構成と日常的な対象者との基本的コミュニケーション方法を含むもので、24時間ROTとも呼ばれる。生活空間における各種の表示板の設置、実施時間や場所を問わない繰り返しの情報提供が行われる。記憶訓練と同様、誤りなし学習を用いるとよい。システムティックレビューにおいて定型ROTが認知機能および行動面の改善に有効であることが報告されている<sup>3)</sup>。

### 6. 音楽療法

音楽療法は音楽を聴くだけの受動的音楽療法と歌唱、楽器演奏などの能動的音楽療法に大きく分けられる。認知症に対しては「なじみの歌」の歌唱により肯定的感情が引き出され、行動の変容がみられるとして、能動的音楽療法が広く行われている<sup>7)</sup>。このように、認知症に関しては精神症状や問題行動などのBPSDに対する効果を指摘する報告が比較的多い。BPSDの改善により二次的に介護者のストレス軽減が生じ、結果的に患者のQOLにつながるという効果も期待できる。なじみの音楽は自伝的記憶の想起を促すことも可能である。アメリカでは、作用機序に神経系における気分と記憶のネットワークの活性化を想定し、神経障害への治療適用を意図する神経学的音楽療法（neurologic music therapy; NMT）が実践されている。

### 7. 認知的リハビリテーション

これには主に要素的で多様な認知的刺激が含まれ

る。個別に実施することが多い。具体的には、自分の名前、住所、郵便番号、年齢、生年月日の間隔伸張法（spaced-retrieval）を用いた再生訓練、顔と名前の連合学習（face-name association）、その他の記憶課題、問題解決課題、会話の活動などである。タッチパネル式コンピュータと過去の本人の写真を用いた実践もある。顔と名前の連合学習や注意機能テストで有意な改善が示されたが、その他の記憶への般化、生活の質の向上がみられないなど、現状ではエビデンスレベルが一定せず、実証研究成果の蓄積が必要である。

### 8. 回想療法 reminiscence therapy

回想療法（回想法とも呼ばれる）における回想は、人生を振り返り、人生の意味の再構築をはかるライフレビューと、記憶の想起というより広義の意味を持つレミニッセンスに分けられる。認知症に適用されるのは主に後者であり、情緒の安定や残存能力の維持・活性化を目的とすることが多い。個別と集団の形式があるが、報告の多くは集団を用いた形式である。集団で行う場合は他者から受ける認知的刺激や情緒的交流による効果が期待できる。対象者に共通する過去のテーマを用いて会話形式でセッションを進める。写真や昔の道具、音楽などを用いて、視覚、触覚、嗅覚、聴覚などの感覚を賦活させながら実施すると効果的とされる。効果として、情動機能の回復、意欲向上、発語回数の増加、非言語的表現の増加、集中力増大、問題行動の軽減、社会的交流の促進、支持的・共感的な対人関係の形成、他者への関心の増大が指摘されている<sup>8)</sup>。

### 9. ヴァリデーションセラピー validation therapy

日本では確認療法とも訳される。たとえ妄想だとしても、患者本人が経験していることを否定せず、本人の現実として受け入れることを重視する。特に感情や感覚的な経験を尊重し、そのレベルで対応する。つまり、従来の心理療法と同様、受容と共感を基本に置く方法である。身体的な悪化に伴う経過を4つのステージに区分し、それぞれのステージに対応させた関わりを行う。センタリング（精神の統一）、事実に基づいた言葉の使用、リフレーミングなど、14のテクニックがあり、その中にはヴァリデーションセラピー独自の手法と回想や音楽など他の療法と共通する方法がある<sup>9)</sup>。

### 10. おわりに

非薬物療法は薬物と比較して副作用が少ないため、認知症に対する初期治療の第1選択として位置づけることができる<sup>10)</sup>。認知に焦点を当てたアプローチに限れば、重度の認知症を対象にした場合のエビデンスはなく、初期治療としての活用がむしろ望ましい。ただし、ROTについては、怒り、欲求不満、抑

うつ増悪など、副作用が生じる場合があり、抑うつ症状のある、もしくは自己効力感の低下している患者への適用には注意が必要である。一方、感情に焦点をあてる回想療法やヴァリデーショナルセラピーの場合はそのような対象や比較的重度の認知症でも実施可能である。各アプローチには適用対象の特徴が少なからずあるのでそれらを踏まえて実施するのが良い。

非薬物療法のエビデンスは十分とはいえない。しかし、多くの要因が含まれる非薬物療法の構造上、厳密な統制を含む研究デザインの採用は簡単ではなく、RCTの蓄積には時間がかかる。また、各非薬物療法の治療構造や方法には共通する要因が多々あり、当該療法の純粋な効果として述べるのは不適切な場合がある。このようなことを背景に、薬物療法と同質のエビデンスを求めることに疑問をもつ研究者もいる。エビデンスの必要性自体は論じるまでもなく、今後はより妥当性、信頼性の高い効果指標の選択や開発、非薬物療法の特徴を踏まえた研究デザインの検討が必要であろう。まずは、実施条件や経過を詳細に記述し、それを蓄積していくことが重要である。

最後に、「リハビリテーション」は本来全人的な回復を意味する。したがって、家族を含めた生活環境の調整や支援体制の構築も重要なリハビリテーションアプローチであり、その充実と検証も今後の課題である。

## 文献

- 1) 米国精神医学会 [編]: 米国精神医学会治療ガイドラインコンペンディウム, 佐藤光源, 樋口輝彦, 井上新平 監訳, 医学書院, 東京, 2006.
- 2) 日本神経学会治療ガイドライン Ad Hoc委員会: 日本神経学会治療ガイドライン, 痴呆疾患治療ガイドライン, 臨床神経学42 (8) : 781-833, 2002.
- 3) 長田久雄: アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン, 非薬物療法ガイドライン, 老年精神医学雑誌16 (Suppl 1) : 92-109, 2005.
- 4) 杉村公也: 認知症への非薬物療法, 活動療法, 老年精神医学雑誌19 (6) : 693-699, 2008.
- 5) 竹田里江, 村上新治, 加藤正巳, 石合純夫: 眼球運動障害を呈した初老期アルツハイマー病患者に対する情動機能を利用したリハビリテーション, 老年精神医学雑誌17 (8) : 871-882, 2006.
- 6) 三村將, 小松伸一: 記憶リハビリテーションのあり方, 高次脳機能研究23 (3) : 181-190, 2003.
- 7) 阿比留睦美, 美原盤, 吉井文均: 認知症と音楽療法, 神経内科67 (3) : 223-227, 2007.
- 8) 野村豊子: 回想法とライフレビュー; その理論と技法, 中央法規, 東京, 1998.
- 9) Naomi feil: 認知症の人との超コミュニケーション法; バリデーショナル, 藤沢嘉勝監訳, 東京, 筒井書房, 2005.
- 10) 中村重信: アルツハイマー病 基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム, 臨床編, アルツハイマー病の治療・管理, 治療ガイドライン-我が国と欧米との比較-, 日本臨床66 (Suppl 1) : 376-382, 2008.

## 北海道医報ファイルについて

北海道医報本誌を1年分綴ることができるファイルを用意しております。

ご希望の方には無償にてお送りいたしますので、下記まで送付先ならびに希望数をご連絡ください。

記

申込先: 北海道医師会事業第一課

〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目

TEL 011-231-7661 FAX 011-252-3233

E-mail ihou@m.douj.jp

