

## 認知症の人へのリハビリテーションアプローチによる 生活行為と QOL の改善 ～作業療法を中心に～

松下 太

森ノ宮医療大学保健医療学部作業療法学科

### 要旨

認知症の症状は大きく分けて中核症状と周辺症状があり、認知症の人に対するリハビリテーションの目的は心理的安定や周辺症状の軽減である。認知症は進行性の疾患であるため、進行段階に応じたリハビリテーションが重要となる。軽度認知障害や認知症の初期段階では、認知症の予防的観点から運動療法や記憶トレーニングなど学習課題などが行われる。認知症の人に対して ADL 訓練を実施する場合は、手続き記憶を利用して行為そのものを意識させずに「できること」を引き出すことが重要となる。重度の認知症の人には QOL の考え方が特別な意味を持ち、「微笑む能力」が QOL の指標となる。

認知症の人に対するリハビリテーションは、認知症の人の「その人らしさ」を最期まで尊重することが大切である。

---

連絡先：松下 太 **MATSUSHITA Futoshi**

〒559-8611 大阪市住之江区南港北 1-26-16

森ノ宮医療大学保健医療学部作業療法学科

## はじめに

認知症の人に実施されるリハビリテーション（以下、リハビリ）とはどのようなものか。回想法、リアリティ・オリエンテーション（以下、RO）、学習療法など、臨床現場では非薬物療法と称してさまざまなリハビリが実践されている。認知症の人に対するリハビリに注目が集まるようになったきっかけのひとつが、平成 18 年より介護老人保健施設において実施されるようになった認知症短期集中リハビリである。公益社団法人全国老人保健施設協会はこの認知症短期集中リハビリの有用性<sup>1)</sup>を示しているが、その成果は論文化されていない。その他の認知症の人に対するリハビリに関する調査や研究においても、その多くは対象者が少なく多数例で統計学的に実証した研究報告がなく、その効果はまだ断言できるものではない。

本稿では、認知症の進行に合わせたリハビリの内容と、リハビリの中でも特に作業療法として実施される日常生活活動（以下、ADL）訓練や行動・心理症状（以下、BPSD）の改善に対するアプローチおよび重度認知症の人の QOL を中心に述べる。

## 認知症の症状

認知症の症状は、大きく分けて中核症状と周辺症状に分けられる（図 1）。記憶障害や日付などに見当識障害、思考・判断・遂行機能などの障害が中核症状と呼ばれ、認知症の核となる症状である。これに対して、周辺症状である幻覚・妄想、徘徊、暴言・暴力などの心理・行動症状は BPSD と呼ばれている。レビー小体型認知症の幻視や前頭側頭型認知症の徘徊（周遊行動）など、認知症の病型によっては BPSD と中核症状を明確に分けられないこともある。

現時点で、認知症は完治しない疾患である。しかし、完治しないのは認知症の中核症状であって、BPSD は薬物治療や、適切なケアやリハビリによって軽減もすれば増悪もする。したがって、認知症の人に対して実施されるリハビリの目的の多くは、心理的安定や BPSD の改善となる。

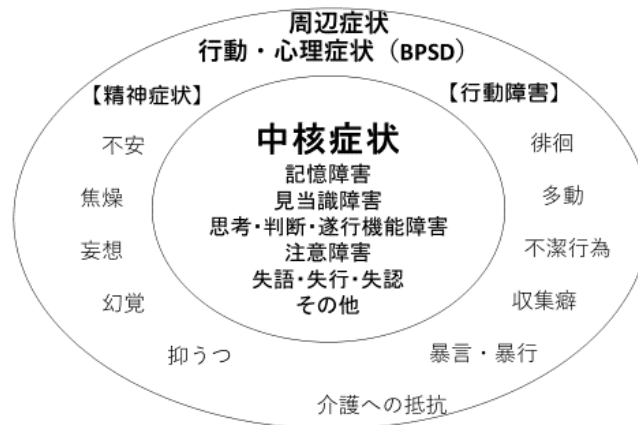


図 1 認知症の症状

## 認知症の進行とリハビリの内容

介護老人保健施設で実施されている認知症短期集中リハビリの具体的な内容は、歩行訓練などの運動療法から、記憶の訓練や見当識訓練、学習療法、狭義の作業療法など多岐にわたり、その効果も認知症の進行抑制、ADL の改善、BPSD の改善などさまざま、認知症の人に行われる専門的なリハビリは体系的に確立されたものではなく、一人ひとりの状態と目標に合わせて適切な方法を選ぶ必要があるのが現状である。また、長谷川式認知症スケール（以下、HDS-R）や mini mental state examination（以下、MMSE）の得点が向上したという報告もあるが、記憶障害などの中核症状の改善については、軽度認知障害（以下、MCI）もしくは、ごく軽度の認知症の人に限られると考

えるべきである。

認知症の進行時期を、MCI、軽度、中等度、重度と分けた場合に、それぞれの時期にどのようなリハビリが実施されるのかを図2にまとめた。

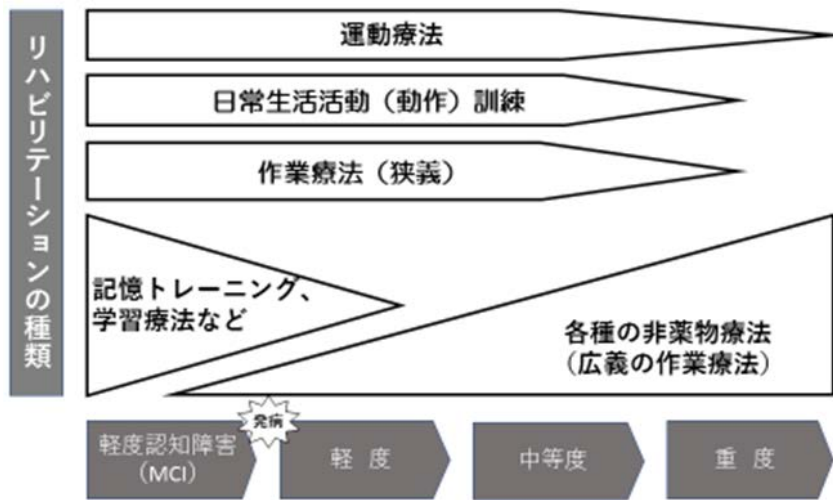


図2 認知症の進行時期とリハビリテーションの内容

まず、MCI や軽度の段階では認知症の予防的観点から運動療法や記憶トレーニングや計算などに取り組む学習課題などが行われる。前述したように、認知症の人に対するリハビリの目的の多くは心理的安定やBPSDの改善となるが、MCI やごく軽度の認知症の人の場合には記憶障害などの中核症状の改善を目的にする場合もある。記憶などの認知機能の回復を主目的にする認知リハビリの有効性は賛否両論である。使い方ひとつで逆効果になることがあり、認知症の人に苦痛を与えることさえも起こりえるため、適応を十分に見極める必要がある。認知リハビリを効果的に進めるためのキーワードとして挙げられるのが「誤りなし学習(errorless learning)理論」であり、誤りなし学習理論に基づいた学習法が「間隔伸張法」や「手がかり消去法」である。

誤りなし学習とは、記憶訓練などにおいて認知症の人の誤答や不適切な反応を除去あるいは削減することに重点をおいた理論である。これは、訓練中の誤反応の出現を最小限に抑えることで、誤反応による干渉を避け、新しい情報の記憶定着のプロセスを促進することができるという仮説に基づいている。例えば、日付が分からなくなる見当識障害のある人に対して、「今日は何日ですか?」と聞くのではなく、最初から、「今日は○日です」と正しい日付を教えたり、カレンダーを見るように促したりする。非薬物療法の代表的なR0では、日付の確認は誤りなし学習が推奨されている。また、複雑な作業の手順を覚えてもらう場合にも、作業手順ごとにひとつずつ声かけをしたり、作業手順が書かれたものを見せるなどして、間違わないようにすることが重要となる。認知症の人の場合には、間違えれば間違えるほど、その誤りを訂正できず、より一層、正解に到達できなくなってしまうということが起こる。試行錯誤を繰り返せば繰り返すほど誤った学習が強化され、正しい学習が妨げられてしまうのである。これは、最初に間違っただけで入力された情報によって、その後の正しい情報入力が干渉されているために起こると考えられている。そこで、訓練中に誤反応を起こさせない工夫が必要となり、この点を工夫した主要な学習法に「間隔伸張法」や「手がかり消去法」がある。

間隔伸張法は、認知症の人が覚えようとする情報に対して、治療者が質問する時間を1分後、5分後、10分後、30分後、1時間後と徐々に開けることにより、情報の長期的な記憶を促進する介入法である。手がかり消去法は、何かを覚えるときに、その情報の想起に必要な手がかりを徐々

に減らしていく学習方法である。これらの学習法による訓練では、認知症の人は当て推量で回答をしないよう注意する必要がある。正しい情報を思い出せないときは、「わかりません」と答えてもらうことで、誤反応の出現を最小限に抑えることが必要となる。誤りなし学習は、認知症の人が実生活の中で覚えられずに困っている特定の情報の学習を支援する方法なので、訓練に用いる記憶素材は、その認知症の人の実生活のニーズに合ったものを選ぶことが重要である。

いずれにせよ、記憶などの認知リハビリを実施するには、認知症が軽度の段階で記憶障害などを自覚していることや、記憶障害の訓練に前向きに取り組める人が条件となる。病初期の認知症の人の中には、病気を罹ったことへの怒りや絶望、今までできたことができなくなるという苦しみを経験し、挫折感や絶望感から生きる意欲すら失う人もいる。こうした人の心情を考慮しないで認知リハビリを実施することは、効果がないばかりか、認知症の人の自尊心の低下や挫折感を増大させ、より大きな傷みを与えることすらある。そのため、認知リハビリの適応を十分に見極めなければならないし、認知症の人の精神的・心理的負担を防ぐためにも、精神的サポートや病状理解を促進する意図での心理教育的配慮も検討しなければならない。また、認知リハビリは、認知課題の成績を向上させることよりも、認知症の人の日々の生活機能の維持・向上に重きをおくべきであることを忘れてはならない。

ADL 訓練や、ものを作ったりする狭義の作業療法も MCI の段階から実施される。しかし、認知症が軽度から中等度、重度と進行するにしたがって、それらの介入は難しいものとなる。運動療法は、重度になれば他動的な運動療法がメインとなるし、ADL 訓練や狭義の作業療法は指示理解が困難となり遂行能力も低下するために実施が難しくなる。

認知症が進行していくと、各種の非薬物療法が適応となる。アメリカ精神医学会の治療ガイドラインでは、非薬物療法の介入標的とされるのは、認知、刺激、行動、感情の 4 つに分類されている。認知に関しては、RO や認知刺激療法があり、刺激については各種の芸術療法やアロマセラピーなどが含まれ、行動については ADL 訓練や行動療法的アプローチ、感情については回想法やバリデーション療法などがある<sup>2)</sup>。作業療法は刺激に焦点を当てた非薬物療法のひとつであるとされているが、筆者は、作業療法はこれら非薬物療法のすべてを認知症の人に合わせて使うことができる療法であると考えている。ただし、認知症の人に単に何でも活動を行わせることが良いのではなく、その人にとっての真のニーズを明らかにし、その人が望むことを通じてその人の人生に良い影響を与えることが重要である。

表 1 認知症の人に対する非薬物療法<米国精神医学会治療ガイドラインより>

1.	認知に焦点をあてたアプローチ リアリティ・オリエンテーションや認知刺激療法等
2.	刺激に焦点をあてたアプローチ 活動療法、レクリエーション療法、芸術療法、アロマセラピー、ペットセラピー、 マッサージ、作業療法等
3.	行動に焦点をあてたアプローチ 行動異常を観察し評価することに基づいて介入方法を導き出すもの（行動療法等）
4.	感情に焦点をあてたアプローチ 支持的精神療法、回想法、バリデーション療法、感覚統合、刺激直面療法等

## 認知症の人への ADL 訓練

認知症の人に対する ADL 訓練は、主に作業療法士が実施することが多いが、ここでは作業療法士がどのような点に留意して生活機能にアプローチしているか、アルツハイマー病の人に対する更衣動作などを例に解説する。

アルツハイマー病の人に対して ADL 訓練を行うにあたって重要なのは、手続き記憶を利用して行為そのものを意識させずに「できること」を引き出すことである。アルツハイマー病では、検査場面では出来ないが日常場面ではできるという症状の動揺性を認めるが、この症状の動揺性の要因として「自動性」と「意図性」の解離現象が考えられる。これは、専門的に「観念運動失行」と呼ばれているもので、例えば日常場面では自然に人に手を振ることができても、「さよなら」の仕草をするように意図的に命じられると出来なくなるといった、これが「自動性」と「意図性」の解離現象である。アルツハイマー病のように、大脳の頭頂葉が障害されている場合は、意識的な運動の取り出しや行為の組立てが困難になる。一方で、自然な自動的で無意識な行為はスムーズに行われ、これが観念運動失行と呼ばれている状態である。特に、この自動性と意図性の解離現象は、手続き記憶化された、慣習動作でみられることが多く、本来ならば自動性の高い行為を、あえて意図的・意識的に行おうとする際にみられる。例えば、靴をスリッパに履き替える際に、「スリッパに履き替えて下さい」と指示したことで、意図的・意識的にさせてしまってスリッパに履き替えられなくなった場合や、排泄の際に「ズボンを脱ぎましょう」と指示したがために、ズボンを脱ぐことができなくなることや、服を着る際に「ここが袖口です」「ここが頭を出すところです」と説明しながら服を手渡すと、認知症の人はかえって混乱して服を着ることができない場合がある。このような場合は、「仕切り直し」をして、目の前で他者のしている姿を見せてそのまま自然に行為に入るとか、動作のきっかけだけを提示して自動的かつ無意識にその行為ができるような対応をすることで、その行為が可能となるのである。着衣時に混乱が見られたら、もう一度仕切り直しをして「服を着ましょうね」とだけ言いながら、ご本人の動きに合わせて服を誘導するとうまく着ることができるようになる。ADL の動作や行為が、単にできるかできないかではなく、具体的な手掛かりの提示や環境の調整によって、手続き記憶が呼び起こされるということを理解する必要がある。

さらに、個別的なプログラムを提供する際に重要なことは、認知症の人が居宅でどのように動き、何をして過ごしているのか、何に興味や関心があるのか、家族との関係は良好かなど、今まで十分に把握できていなかった情報について、認知症の人の想いを含めて聞くことを心掛けなければならない。生活機能向上を目的とした個別的なアプローチを考える場合、ニーズを明らかにした上で、主訴や要望をふまえてアプローチすることが重要なのである。例えば、「〇〇ができるようになって、〇〇をしながら過ごしたい」といった想いを共有することから始めなければいけない。しかし、認知症の人の多くは、自分の想いを言葉にすることが難しい状況にある。そのような場合は、家族などからその人の生活歴や作業歴などのライフストーリーを確認した上で、真のニーズを同定していくことが重要である。それでもニーズを明らかにすることが難しい場合は、認知症の人の能力レベルや環境に沿った形でその人に適応がありそうな活動を取りあえず提供し、その反応をしっかり評価・観察し、その人のニーズを予測することが必要である。

## 重度認知症の人に対するリハビリと QOL

認知症の人への非薬物療法のひとつに刺激がある。認知症の人は、認知症という状態により感覚が遮断され、低刺激によって更に悪影響を引き起こす。このような悪循環を、意義ある感覚刺激によって断ち切ることが目的となる。方法としては、嗅覚、触覚、視覚、聴覚、味覚、体性感覚などのいわゆる五感刺激を適切な形で提示する。感覚刺激レベルは、加齢や個々の状態により

相違があるので注意が必要である。

運動機能が低下し、言語機能が崩壊し、意思疎通が困難となる最重度期の認知症の人に対しては各種のリハビリアプローチ（非薬物療法）の適応は難しくなる。しかし、認知機能、抽象的思考が低下した重度の認知症の人であっても、嗅覚や温痛覚などの複数の感覚刺激に働きかけることでコミュニケーションが促進されるという報告<sup>3) 4) 5)</sup>や、スタッフが頬を手で軽くなでると表情がいつそうくつろぎ微笑がみられたという報告<sup>6)</sup>もある。また、バリデーションでは、植物状態のような最重度認知症の人々に対しては、やさしく触れたり、髪をなでたりといった感覚的刺激<sup>7)</sup>を用いるし、認知症の人に対する感覚統合療法では、嗅覚、触覚、音楽の聴覚、前庭刺激などが覚醒レベルをあげ、気分を転換させ、動機づけを高め、放心状態を軽減し、結果的に記憶の回復を促進して、認知症の病態に影響を与える<sup>8)</sup>。しかし、晩期の認知症の人に触覚刺激を用いないほうがより効果的に行動するという報告<sup>9)</sup>もあり、最重度期の認知症の人に対する触覚刺激が必ずしも有効ではなく、個別性があることを示唆していると思われる。一方で、最重度の認知症の人に対する非薬物療法を実施する際、何をもってその有効性を語るかが問題となる。進行性の認知症のような中核症状の治療よりも BPSD の緩和が大切になる慢性疾患では、QOL の考え方が特別な意味を持つ<sup>10)</sup>。重度の認知症になって会話ができなくなっても、最後まで残る能力は「微笑む能力」といわれ、「微笑む能力」は QOL が高いことの指標となる<sup>11)</sup>。そのことから、最重度認知症の人の究極の QOL は「笑顔」であると考えられる。

## まとめ

リハビリの本来の意味は、障害のある人たちの「人間らしく生きる権利の回復」、すなわち「全人間的復権」であり、治療や訓練といわれるものは、その目的を達成するためのひとつの手段に過ぎない。「人間らしく生きる権利の回復」とは、必ずしも障害を受ける前と同じ状態に回復することではなく、むしろ多くの場合は、障害を契機として新しい人生を再構築することでもある。しかし、認知症の人の場合は、人生や能力を拡大・構築していくことが難しい場合も多く、そのような場合に考えなくてはいけないのは、「人間らしく生きる権利の回復」の中の「人間らしさ」である。「人間らしさ」を広く捉えると、二足歩行や他者とのコミュニケーション、服を着たり、道具を使ったり、ものを作ったり、考えて行動したり、などがあり、それらの「人間らしさ」を取り戻すためにリハビリテーションが行われているともいえる。そして、何よりも忘れてはいけないのは、「人間らしさ」の根底にある感情、すなわち「笑顔」である。たとえ、独りで更衣や食事ができず、認知機能が改善せず、歩行ができず、それらの機能や能力が取り戻せなくても、「笑顔」という大事な「人間らしさ」を取り戻すことは可能であることを忘れてはいけない。認知症の人のリハビリにおいてこそ、リハビリテーションの本来の意味である「全人間的復権」の考え方が必要なのである。そして、「人間らしさ」は「自分らしさ」でもある。認知症の理解には、HDS-R や MMSE の点数をはじめとする医学的な情報が必要だが、認知症の人を理解するためにはその人を知る必要がある。認知症の人の生活歴や職歴やもともとの性格傾向などの背景情報を知ることが認知症の人の「自分らしさ」につながる。また、もともとの趣味や職歴を知るとは、真のニーズを理解することにもつながる。同じ作業でもその人にとって意味合いが違うので、その人にとって意味のある作業を探り、そしてその意味を知る必要がある。認知症の人たちと関わっていく中で、ただ単に〇〇テストの点数が変わったということだけで一喜一憂するのではなく、点数以上に認知症の人のこれまでの人生をナラティブとして理解することや行動の背景を知ることがとても大切である。

認知症の人は重度になればなるほど、そのときそのときを生きるようになる。そのときそのときが笑顔でいられるように、我々専門職が関わっていけることを願っている。

## 文献

- 1) 全国老人保健施設協会：認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業。平成19年度老人保健事業推進費等補助金報告書。2008、pp20-21.
- 2) 日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン2010。医歯薬出版、2010、pp115.
- 3) 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、1998、pp32-33.
- 4) 黒川由紀子：痴呆老人に対する心理的アプローチ。老人病院における回想法グループ。心理臨床学研究13(2)：169-179,1995
- 5) 松田修他：回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法 痴呆の進行に応じた働きかけの工夫について。心理臨床学研究19(6)：566-577,2002
- 6) Jansson, L., Norberg, A., Sandman, P. O. : Interpreting facial expressions in patients in the terminal stage of the Alzheimer's disease. Omega, 26:309-324, 1993
- 7) Naomi Feil、藤沢嘉勝監訳：バリテーション。筒井書房、2002、pp60-61.
- 8) 山田孝、森二三男：老人患者の行動様式ならびに治療介入の効果に関する研究。高齢者問題研究12(3)：111-127,1990
- 9) Burgener, S. : Communicating with residents with Alzheimer's dementia:A study of nurse/resident interactive behavior.Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit. 1989
- 10) 村井敦志：重度痴呆性老人のケア 終末期をどう支えるか。医学書院、2000、pp93.
- 11) 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、2010、pp177-178.

**Improvement of daily life performance and quality of life  
by a rehabilitation approach to people with dementia  
～focusing on occupational therapy～**

Futoshi Matsushita<sup>1</sup>

*Morinomiya University of Medical Sciences Faculty of Health Sciences Department of Occupational Therapy*

Abstract

Symptoms of dementia are roughly divided into core symptoms and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, and the purpose of rehabilitation for people with dementia is psychological stabilization and relief of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Because dementia is a progressive disease, rehabilitation according to the stage of progress is important. In early stages of dementia and mild cognitive impairment, learning tasks such as exercise therapy and memory training are conducted from a preventive point of view of dementia. When conducting ADL training for people with dementia, it is important to extract "what you can do" without using the procedural memory and consciousness of the act itself. For those with severe dementia, the concept of QOL has a special meaning and "ability to smile" is an indicator of QOL.

Rehabilitation for people with dementia is important to respect the "personhood" of people with dementia until the end.