特集＝認知症治療の考え方

■ 認知症における非薬物療法 ■

●介護者の精神行動異常（Behavioral Psychological Symptoms of Caregiver：BPSC）
●BPSDの非薬物治療（情動療法）　●認知機能の非薬物療法

医療法人 仙台医療福祉会 仙台富沢病院
藤井（ふじい）　昌彦（まさひこ）（理事長）―写真―，佐々木（ささき）　英忠（ひでただ）（顧問）

INTRODUCTION

抗認知症薬の認知機能改善効果は限定的であり，一方，向精神薬は怒りなどを抑制してBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の低下をもたらす効果があるが，喜ぶ情動機能も抑制され認知機能も抑制されるので，使用は最小限にするべきである[1]。認知症には非薬物療法が最も効果的であるともいえる。非薬物療法は認知機能への作用と情動機能への作用に分けられるが，認知機能への効果は限界があり，非薬物療法はほぼ情動機能へ働きかける情動療法と同意語である。第一に介護の基本を延べ，次に非薬物療法を述べる。

1 介護者の精神行動異常（Behavioral Psychological Symptoms of Caregiver：BPSC）

認知症で見られるBPSDの１つに入浴拒否がある。入浴に連れて行こうとすると「絶対入らない」といっている。しかし，よく患者さんの話を聞くと最初スタッフに「水飲みたい」と言ったが「忙しいから後で」と答えたという。次に見かけた別のスタッフに「水がだめならお茶でも」と言ったら，「ダメ」と言われた。水という些細なことでイライラしていたところに，第３者が現れ風呂につれて行こうとしたので，ついに堪忍袋の緒が切れて，「おれは風呂なんかに入りたくない，水が飲みたい」と言って暴れていたのである。このようにBPSDにははじめ仕込みがあり，ついに暴発するというストーリー性があるので，統合失調症に見られる理由もなく生じる突発的な怒りや暴力などとは全く異なることを理解する必要がある[2]。

BPSDは介護者の精神行動異常（Behavioral Psychological Symptoms of Caregiver：BPSC）と比例するということが，BPSD 対策に必要である（**図１**）。もの盗られ妄想がその１例である。「あんた，昨日私のポケットにいれていた１万円盗ったでしょう」という。訴えられた介護者は，「そんなことはない，あなた間違えている」といくら知的に話しても納得しない。間違いを指摘されることで自尊心が傷つけられる。直接言葉に出さなくとも，介護者のいやなそぶりを見て，患者さんは「この人は私を嫌っている，この人は私の敵だ」と思い込む。

そうではなくて，「この人は見当識障害があり，昨日１万円をポケットに入れていたのは時間の見当識障害で10年前のことを言っているかもしれない」と考える。さらに人物の見当識障害もあるので，「いつも世話をしてくれる人しかわからないので，あなたと名指しした」と考える。すると，患者さんは１万円をなくして困っているので，「あらあら困りましたね」と言うしかない。そしてポケットを探したり，引出しを探したりして，「無いね」と言い，「いつでも困ったことがあれば一緒に探しますから」という。少し探して，「喉も渇いたのでお茶でも飲みましょうか」といい，「おいしいね」と言ってお茶を一緒に飲むと，「お茶をどうもありがとうございました」と礼を言い，「さあ，１万円をもう１回探そう」ということにはならない。知ではなく情に訴えかけることで自尊心も傷つけられず，この人はよい人だと思い込み，この人が「さあお風呂に入りましょう」と言ったら，患者さんは「この人はいい人，この人の言うことを聞いていれば安心だ」ということになり，スムーズに風呂も入れる。このように知的に訴えるのではなく，情的に訴えることが介護の基本である。

認知症の情動機能検査（Mini-Emotional State Examination：MESE）[3]の体性感覚に関する質問の１つに，曲線の図形と尖った線でできている図形を見せ，ブーバーは曲線の図形に，キキは尖った曲線に対応するという意味のない言葉を図形と対比させる問いがあるが，いくら重度の認知症でも，ほとんどの認知症は正解を示す。いくら重度な認知症でも傷つけるようなトゲのある言葉は理解でき，ある程度の情動機能は保たれているので，認知症にキツイ言葉を投げかけるのではなく，笑顔でやさしく敬意を持って接しなければならない。

2 BPSDの非薬物治療（情動療法）

BPSDを少なくするためには，大脳辺縁系に心地よい喜びをもたらす刺激を加え，BPSDを脇に追いやる方法がよいと考えられる。薬では喜ばすことはできない。非薬物療法で五感に良い刺激を与える方法が手軽に実行できる方法である[4]。

触るという体性感覚を刺激する行為はお金もかからないし，時と場所を選ばず優れた方法である。気軽に触れる場所は背中の第３と４脊椎の間にある身柱というつぼである。身柱を手の平で軽くマッサージをする，あるいは身柱にじっと手の平を押しあてて，「今から私の元気をあなたに伝えます」といって，手を当てると，患者さんは背中に暖かさを感じることができる。手を当てる行為は衣服の上からでも効果がある。手の重さを感じることで患者さんの自律神経が働き暖かさをもたらしたと考えられる。多くの認知症は家族からも疎外感があり，丁寧に扱われていないきらいがある。その時温かく接することは，安心感をもたらすと考えられる。

足浴は古い伝統がある。入院後毎日足浴をすることにより，それまで帰宅要求がある人が，「自宅では誰も足を洗ってくれなかったが，ここでは毎日足を洗ってくれるのでしばらくここにいることにした」という。足浴でBPSDが低下する。

体性感覚を刺激するために，抱擁椅子を作成した（**図２**）。認知症は自分を見失いうろうろと捜し歩くが，抱擁人形に抱き締められると自分の体の範囲が確認でき安心するようである。マジックテープで留めてあり，腕と腹巻きはいつでも自分で解放できるため，拘束ではなく抱擁であるから，どの施設でも使用でき，転倒予防や見守りに有用である。この抱擁人形は，認知症の介護機器レンタルグッズの第一号に認定されている。

臭いによい刺激を加えるために，ラベンダーの香りを使用するとよい。ラベンダーオイルを手の甲につけ香りをかいでもらうと，「いい香りですね」と笑顔になる。コーヒーの香りにはβ-ダマセノンが含まれ心地よい刺激になる。コーヒーの豆を挽くときに出るβ-ダマセノンは短時間しか効果はな

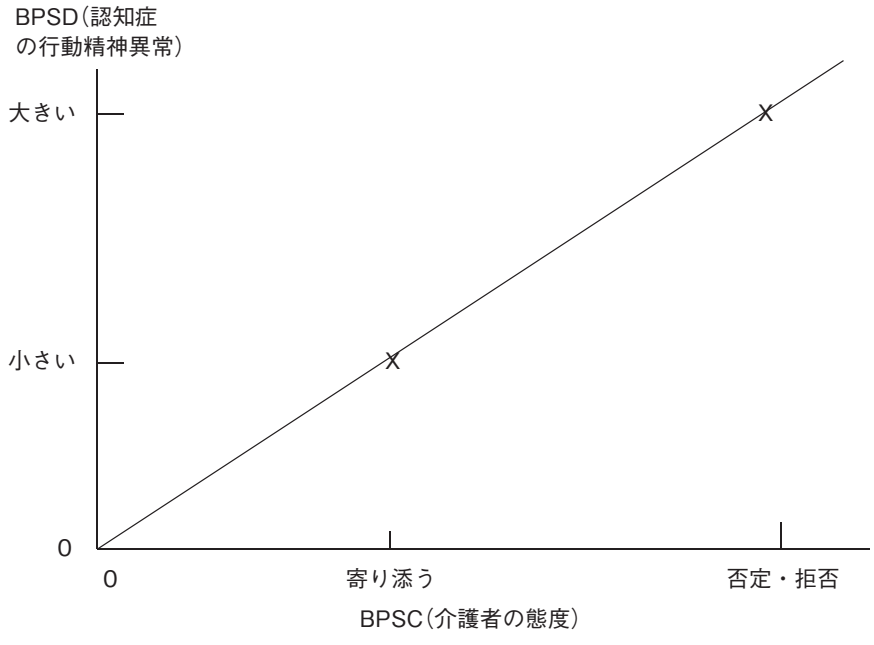

図１　BPSDとBPSC
BPSDはBPSCに比例する。
（Fujii M, Ishizuka S, Azumi M, Sasaki H：Hypothesis of behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychogeriatrics 10：113-116, 2010）

図２　抱擁椅子
図はyahoo USA, headline newsに紹介された後，ワシントンポスト，ロンドンポスト，TIMEなどに紹介されたものである。
（Kudoh H, Satoh K, Bohra S, Yamamoto T, Fujii M, Sasaki H：Holding but not restriction. Geriatr Gerontol Int 10：264-266, 2010）

いので，コーヒーを飲むということに加えて，豆を挽く行為が有効である。

テレビの通常の放送を見ることには興味を示さなくても，本人が好きな映像をDVDで見ることはよい刺激につながる（DVD療法）。家族や自宅の庭のコスモスが咲いている動画をビデオで見ることで，たとえ寝たきりでも興味を示し喜ぶ。本人が元気なころ活躍した写真集を５分くらいの映像にして見ることで，昔のことを思い出し，名称を思い出し話し出すことがある。鏡に移る自分の姿を見てもみじめな姿で自分が思っている自分とは異なり，頭が混乱してBPSDもおさまらないと考えられるが，活躍していたころの映像を見ることによって，これが自分であると頭の整理がつくことで納得する。

特殊な例としては，拒食症の女性であるが，美空ひばりが好きということで美空ひばりのDVDを見せたところ，DVDに気を取られている間に，口元に甘い食べ物を差し出すと拒食行為を思わず忘れて，食べてしまった。以来おなかも空いて食べるようになった。拒食はDVD療法により，機嫌を直し，食べるようにすることができる。

聴覚によい刺激を加える特殊例として，認知症の中でもともと統合失調症があり加齢とともに認知症になった人は，統合失調症の幻聴に悩まされていることが多い。そこでホワイトノイズという全周波数の雑音を補聴器のように耳に当てると，幻聴が消され気持ちが安心できる人たちがいる[5]。

情動機能に直接働きかける演劇情動療法がある。デイケア通院中の認知症を対象に演劇の専門家に週１回，１回１～1.5時間，10人位の少人数で演劇の場面を朗読によって再現していただく。感動を呼び覚ますような物語や小説などの題材をあたかも演劇を見ているように再現して感動を引き起こす。その後自由討論を行う。すると，これまで何の反応も示さず，家族からも見放されているような人が生き生きと会話に加わり，家族もこのように反応するとは考えられなかったと感想を述べる。３カ月後の認知機能（Mini-Mental State Examination：MMSE）と情動機能（MESE）を比べた成績であるが，認知機能は変化ないが情動機能は優位に上昇していた[6]。認知症は小学低学年くらいの知識しかないので，子供向けの幼稚な遊びやゲームで事足りると考えるのは大いなる間違いで，情動機能にしっかり訴える物語を話題に出すべきと考えられる。

3 認知機能の非薬物療法

健康な人の認知症予防には運動，社会活動，うつ状態でない，身体の健康，口腔衛生など多くの報告がある。しかし，認知症になってから認知機能改善効果のある非薬物療法は限られている。認知症への口腔ケアは，認知機能を１年間でMMSE１点くらいであるが，有意に改善する[7]。口腔ケアは肺炎予防効果もあるし，少ない労力で抗認知症薬くらいの効果はあると言えよう。

口腔ケアは口腔刺激により脳を刺激し，唾液のサブスタンスP（SP）濃度を高めて嚥下反射と咳反射を正常に保ち，誤嚥性肺炎を予防することが知られている[8]。健康な人は脳も含めた全身にSPが高い。口腔ケアは，食べるという最大の脳領域を刺激し，脳内のSPを上昇させる働きをしたのではないかと考えられる。脳にはSPを分解するアンギオテンシン変換酵素（ACE）とNeutralendopeptidase（NEP）があるが，NEPはアミロイドβ蛋白を分解する。脳内SPの上昇がNEPを活性化し，アミロイドβ蛋白を減少させ，認知機能の改善が見られたのかもしれない。一方，ACE阻害剤（ACEi）はSPを高め誤嚥性肺炎を予防することが知られているし，さらに脳血液関門を通過するACEiは脳のSPを高め，認知症発症を抑制する可能性が報告されている[9]。ACEiには，認知症発症を予防するというものと悪化させるという両面の報告がある。しかし，最近では予防効果があるという報告が多い。

認知症に，情動機能刺激が認知機能を改善させるという報告も散見されるが[10]，直接認知機能の訓練などで認知機能を改善させたという報告はない。厚生労働省の統計から，95歳以上の長命であれば日本人は平均値であるが，100％認知症に至る[11]とされている。認知機能の老化は，避けられない自然の摂理と思われる。認知機能に重きを置いた従来の認知症対策ではなく，情動機能の改善を主目的におく療法をこれからの対策にすることで，認知機能や身体が衰えても，それに見合ったささやかな喜びを持つことでQOLは保たれよう（平衡老化）。認知症は困った病気ではなく，顔の皺と同じように受け入れ，仏教の諸行無常，自我を消すことで，本人も家族もあわてることもなくなると考えられる。

文　献

1）Azumi M, et al：Antipsychotics and cognitive function. Psychogeriatrics **11**：79-82, 2011
2）Fujii M, et al：Emotional function in dementia patients. Psychogeriatrics **14**：202-209, 2014
3）Fujii M, et al：Mini-Emotional State Examination for dementia patients. Geriatr Gerontol Int **14**：508-513, 2014
4）Butler JP, et al：New lessons of nurturing life for geriatric patients. Tohoku J Exp Med **227**：203-210, 2012
5）Kaneko Y, et al：Efficacy of white noise therapy for dementia patients with schizophrenia. Geriatr Gerontol Int **13**：808-809, 2013
6）Yuhsaku M, et al：Dramatic emotional therapy for dementia patients. Psychogeriatrics（in press）
7）Kikutani T, et al：Effect of oral care on cognitive function in patients with dementia. Geriatr Gerontol Int **10**：327-328, 2010
8）Yoshino M, et al：Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients. JAMA **286**：2235-2236, 2001
9）Ohrui T, et al：Effects of brain-penetrating ACE inhibitors on Alzheimer's disease progression. Neurology **63**：1324-1325, 2004
10）Hirazakura A, et al：Emotional therapy for patients with dementia. Geriatr Gerontol Int **8**：303-306, 2008
11）Ohrui T, et al：Care for older people. Intern Med **42**（10）：932-940, 2003