

アルツハイマー型痴呆におけるリハビリテーション療法の効果

－リアリテイ・オリエンテーションとレクリエーション療法の効果の差を中心に－

稲山 靖 弘 長 尾 圭 造
(浅香山病院、精神科)

要約

痴呆性疾患療養病棟に入院する 12 名に対して 3 ヶ月間、リアリテイ・オリエンテーション（以下 RO）もしくはレクリエーション療法を行い実施前後の認知機能、ADL を評価した。その結果 RO、レクリエーション療法ともに、明かな改善効果は認めなかったが、明かな悪化も認めなかった。また RO を実施した群は 1 ヶ月以内に全例途中脱落例となり、プログラムを継続することは困難であった。以上より、アルツハイマー型痴呆に対してレクリエーションは、認知機能を改善する効果は認められないものの、少なからずそれら機能を維持する効果がある。RO の実施では、ほとんどの対象において、感情的な変化を生じ、その結果、拒否的となる危険性があることが示唆された。また、RO は認知機能を維持する効果があるかもしれないが、あきらかに改善することはなく、レクリエーション療法と同程度であると考えられた。

キーワード: アルツハイマー型痴呆、リアリテイ・オリエンテーション、レクリエーション、リハビリテーション

はじめに

平均寿命の延長により全人口における高齢者の割合が増加し、これに伴い痴呆老人の数も増え、その援助や介護は医療、福祉上の重要な問題となっている。現在の高齢化社会において、痴呆老人に対する精神科領域の医療サービスは外来治療、入院治療、在宅に分けられる。また介護保険も導入され、入院施設は、老人保健施設、特別養護老人ホーム、痴呆性疾患治療および療養病床などが整い、痴

呆性疾患を有する患者の入院環境が変化している。

アルツハイマー型痴呆は、老人斑や神経原線維変化の脳病変が側頭葉や海馬などの記憶に関係した部位に見られ、その病変は徐々に脳全体に広がり、見当識障害、記銘力・記憶障害、人格の崩壊が見られる。近年本邦では脳血管性痴呆に比してアルツハイマー型痴呆の割合が増えている。

現在、アルツハイマー型痴呆の薬物治療は

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬であるドネペシルが、認知機能の低下を遅らせる効果があり広く用いられているが、依然としてケアによる介護者の負担の軽減、病状の進行予防が重要と考えられる。

リハビリテーションとは人間らしく生活する機能回復のための訓練である。アルツハイマー型痴呆のリハビリテーションとしては、精神療法や心理社会的治療法がある。先にも述べたような医療サービスの形態の変化に伴い、以前より増してリハビリテーションを積極的に取り入れ、それによって認知障害の進行の抑制やADL機能の維持に取り組む機会が増えてきている。

痴呆性疾患のリハビリテーションにおいて代表的な療法に、情動志向的な回想法や認知志向的なリアリティ・オリエンテーション(以下RO)や刺激付加的なレクリエーション療法がある。

ROは1968年Folsomによって報告され、痴呆患者に対して、職員が意識的に見当識を高め、日時、場所、周囲に関して、再認させる療法である(Folsom, 1968)。具体的には、ROは日時、季節、天候を話題の中心に、写真、本、新聞などを利用し、老人の見当識を高めていく。しかしROについては、現実と直面化するため抑うつや怒りを呈することが有るとの批判もある。

一方、レクリエーションは楽しみや満足を伴う余暇活動を指し、レクリエーション療法はそれを利用したものである。具体的には痴

呆患者に対して、集団でボール投げを行ったり、椅子取りゲームや、テレビを観賞したり、歌を唄うなどをおこなう。これは、アルツハイマー型痴呆では作業能力だけでなく、遊びの遂行能力も障害されていると考えられているためである。

以上より、今回我々は主にアルツハイマー型痴呆を有する患者に対して認知志向アプローチとしてリアリティ・オリエンテーション(RO)と刺激付加的アプローチとしてレクリエーション療法をそれぞれ行い、その効果や問題点を比較検討することにより、より効果的なリハビリテーションを検討した。

対象と方法

当病院の痴呆性疾患療養病棟に入院中の60名の中から、今回の研究に同意し、アメリカ精神医学会の診断統計マニュアル第4版(DSM-IV)(APA,1994)にてアルツハイマー型痴呆と診断された患者12名(男4名、女8名)を対象とした。対象者を、RO療法を実施する群(以後RO群)と、レクリエーションを実施する群(以後レク群)のそれぞれ6名ずつの2群に分けた。その際、2群の改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下HDS-R)の平均点に大きな差が生じないように分けた(表1)。N式の得点はグループ分けに考慮しなかった。

表1

	(男:女)	年齢	HDS-R	N式
レク群(6名)	(2:4)	78±2.8	9.2±5	56.8±18
RO群(6名)	(2:4)	70.5±4.8	8.5±4.5	52±25.1

また、RO、レクリエーション療法を行う前に以下の評価を行った。

質問式認知機能評価法

a)改訂長谷川式簡易知能評価スケール (以下HDS-R)

改訂長谷川式簡易知能評価スケールは、長谷川によって作成された長谷川式簡易知能スケールを1991年にその質問項目を再吟味して痴呆の鑑別力のより高いスケールを作成するために改訂された(加藤ら,1991)。HDS-Rでは、簡便さと容易さに重点を置き、動作性検査は含まれていないため、被験者に与える負担が少なく短時間で行える。年齢以外は家族に情報を得る必要性がなく、しかも教育歴の影響も少なく、広汎な対象者に適用できる点で特に優れている。

質問項目数は①年齢、②時の見当識 ③場所の見当識④3単語の記銘⑤計算⑥数字の逆唱⑦3単語の遅延再生⑧5物品の記銘⑨野菜の想起の9項目で他の検査に比べて最も少ない。HDS-Rの最高点は30点であり21点以上を非痴呆、20点以下を痴呆の疑いありと考えたときに最も鑑別力が高くなる。重症度別の平均得点は非痴呆 24.4±3.6、軽度痴呆 17.8±4.0、中等度痴呆 14.1±2.8、高度痴呆 4.7±2.9である。

b)N式精神機能検査 (以下N式)

N式は1988年福永らによって作成されたテスト尺度である。N式はさまざまな認知機能を測定することを目的としているため、HDS-Rに比較して、動作性検査を多く含んでいる。動作性の課題や視覚、聴覚の認知理解を多く含んでいるため、重度の運動障害や視力障害のある被験者には施行できないという問題点があるが、広範囲の重症度分類ができる検査である。本尺度の項目は以下の12

項目である。①年齢②月日③指の名④運動メロディ⑤時計⑥果物⑦引き算⑧図形模写⑨再生⑩逆唱⑪書字⑫読字の各項目での誤答を含む粗点を集計表に従って得点化し、合計点を求める。すべて誤答であれば9点となる。判定は表にしたがって、正常95-100点、軽度痴呆94-60点、中等度痴呆59-30点、重度痴呆9-29点と分類される。

6名のRO群にはROを、6名のレク群にはレクリエーション療法を、週2回、1回30分の3ヶ月間(12週間)実施した。RO、レクリエーション療法とも患者6人に対して医師一人が実施した。われわれが行ったRO、レクリエーション療法の内容は以下のとおりである。

ROプログラム

- ・互いに名前を呼んで挨拶
- ・個人情報(名前、年齢など)
- ・見当識(場所、月日、天気など)
- ・常識(季節や外国やスポーツなど)
- ・判断力(信号の意味や火事の対処法など)
- ・語想起(野菜、動物の名称など)
- ・記銘(文章、単語、日用品など)
- ・計算(引き算)
- ・図形模写(三角や立方体など)
- ・読字と書字
- ・行為(ジャンケンや物品の使用)
- ・終了

(主にHDS-R、N式の問題から引用し、毎回全プログラムを実施するとは限らなかった。)

(ROボード、ROノートを使用する。)

レクリエーション療法プログラム

- ・互いに名前を呼んで挨拶
- ・リラックス体操(イスにすわったまま体操)

- ・リラックス体操（お互いに肩もみ、または、肩叩き）
- ・リラックス体操（笑った顔、怒った顔、悲しい顔などの顔作り）
- ・音楽的内容（発声）
- ・音楽的内容（音楽鑑賞）
- ・音楽的内容（歌を唄う）
- ・音楽的内容（タンバリン伴奏）
- ・ゲーム的内容（風船バレー、ボール回し、ボールけり）

・終了

尚、対象患者は、比較的長期の療養目的のため、医師1名、看護婦10人、介護を担当する職員10人、作業療法士1名、精神保健福祉士1名で運営されている60床の規模をもつ痴呆性疾患療養病棟の入院患者であるため、今回のわれわれの研究とは別に、全入院患者には1日2時間、週5日生活機能回復訓練が実施されていた。次にその週間プログラムを示す（表2）。

表2

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	入浴介助 排泄指導	買い物 華道クラブ 手芸クラブ	入浴、排泄(夏) 買い物(冬)	買い物	入浴介助 排泄指導	買い物
午後	入浴介助 排泄指導	お茶会 ゲーム 軽スポーツ	入浴、排泄(夏) お茶会(冬)	お茶会 ゲーム 軽スポーツ	入浴介助 排泄指導	音楽クラブ 料理クラブ

われわれは、対象者の、当病棟における生活機能回復訓練への参加時間は変更せず、そのプログラムに加えて、ROとレクリエーション療法を行った。RO、レクリエーション療法の効果は、3ヶ月の実施後、1人の臨床心理士が、HDS-R、N式を評価した。また、認知に影響する薬剤の使用も特に制限しなかった。

結果

レク群では6名全員3ヶ月間実施することが可能であった。一方RO群では1ヶ月以内に6名全例が途中で実施困難となり、プログラムを継続することができなかった。

レク群ではHDS-Rの点数が改善した患

者が1名、不変が5名であった。N式においては、改善が2名、不変2名、悪化が2名であった。しかしながら、統計学的には、レクリエーション療法実施前後にそれぞれの評価において有意な変化はなかった。また、HDS-R10点以上の対象者にN式の得点が改善する傾向が見られた。

一方、RO群では全例が途中で参加継続が困難になった。ROが実施困難となった理由は、「小馬鹿にされている」が1名、「面白くないから」が1名、「腹がたつから」が1名の他、理由なく参加を「参加したくない」と拒否した患者が2名、身体状況の急激な悪化のため参加できない患者が1名であった。6名のうち1名が、実施後の心理検査さえも拒

否された。RO 実施後、心理検査の受けた残りの 4 名において、HDS-R が改善した対象者は 2 名、不変が 0 名、悪化が 2 名であった。HDS-R が 4 点から 7 点へと改善した患者が 1 名見られた。N 式では改善が 1 名、不変が 1 名、悪化が 2 名であった。このように RO 実施群では、参加継続が困難となり、その後

認知機能の低下の見られた患者と逆に改善した患者が認められた。しかしながら、統計学的には RO 実施前後にそれぞれの評価において変化はなかった。以下にこれらの評価点の変化を示す (表 3, 4)。

表3

レク群	性	年齢	HDS-R(前)	HDS-R(後)	N式(前)	N式(後)
症例1	男	82	9	9	52	52
症例2	男	69	7	7	51	45
症例3	女	74	3	3	25	23
症例4	女	77	15	15	72	82
症例5	女	78	15	20	80	91
症例6	女	77	6	6	51	51

表4

RO群	性別	年齢	HDS-R(前)	HDS-R(後)	N式(前)	N式(後)
症例7	男	71	4	7	21	21
症例8	女	74	12	11	69	43
症例9	男	74	4	3	23	28
症例10	女	68	10	11	65	56
症例11	女	62	6	未実施	52	未実施
症例12	女	74	15	拒否	82	拒否

以下に一部の症例の経過を記載する。

症例4 77歳 女性 アルツハイマー型痴呆

女学校卒業、35歳まで商売をしていたが、結婚を機にやめる。夫の死亡後、独居にて家事をこなしていた。平成10年頃から、眩暈を訴え、何度も救急病院受診するも異常なしと言われた。その後、お金や通帳の管理ができなくなり、「泥棒が入ってくる」と同じことを何度も言ったり、将来を不安がるようになった。平成11年、その後、娘の自宅に、夜間を問わず、金銭面の被害妄想と身体面の

不安を電話をするようになったため、平成11年(76歳)から、当院に入院している。入院時、神経学的には特に異常はなく、頭部CTでは側頭葉の萎縮と脳室の拡大を認める。脳梗塞や脳出血は認められない。

レクリエーション療法開始時、HDS-R 15点、N式72点であった。実施中も終始笑顔をかべ、実施者に注意をむけ、楽しんでいるようである。「楽しいですか?」という質問にも、はっきりと「楽しいです、もっと時間を長くしてほしい」と答えた。週2回のレクリエーションを続けることによって、診

察場面で、経済的な妄想や身体面の不安を頻回に訴えることが軽減してきた。また、レクリエーション中の発言も増加し、時に、消極的な他の対象者に対して、励ますなどの行為も見られるようになった。施行前後で HDS-R が 15 点と変化はなかったが、N 式は 82 点とやや改善した。

症例 12 74 歳 女性 アルツハイマー型痴呆

71 歳まで、兄弟の近くの自宅で独居にて生活をしてきた。平成 11 年ころから、近所の人に、過去の対人関係上のトラブルを直接訴えに行くようになり、問題となることが多くなった。また、自宅の冷蔵庫の中に腐敗した食べ物が大量に残っていたり、兄弟等の親戚が制止しても、近隣への根柢のない苦情を続けるため、平成 11 年当院に入院となった。頭部 MRI にて側頭葉と海馬の萎縮を認めた。臨床神経学的所見には異常を認めない。

RO 開始時、HDS-R 15 点、N 式 82 点であった。病棟では、終始、入院生活の不満を訴えていた。RO 開始時から、「これをすれば、退院できるのか」という質問があったが、目的を説明して参加してもらった。初回の RO 実施時には、興味を示し、簡単な質問では、「簡単だ」といったりして、次の問いを要求することもあった。しかしながら、4 週目に突然「もうしない」といい、参加しなくなった。理由をたずねると、「小馬鹿にされているようだ」と訴え、以後主治医との関係もやや悪化した。以後数回 RO に誘ったが一貫して拒否された。しかし、病棟看護婦ら主催の生活機能回復訓練には拒否することなく参加していた。しかしながら以後心理検査を拒否している。

考察

今回レクリエーション療法を週 2 回、3 ヶ月にわたって、アルツハイマー型痴呆患者 6 名に実施したが、実施前後の HDS-R、N 式の評価点に大きな変化は見られなかった。HDS-R 10 点以上の対象者 2 名において、N 式の得点が改善する傾向が見られた。

一方、RO 実施群では 6 例全例が 1 ヶ月以内にプログラム実施継続が困難となった。RO 実施後、心理検査の受けた残りの 4 名において、HDS-R が改善した対象者は 2 名、悪化が 2 名であった。N 式では改善が 1 名、不変が 1 名、悪化が 2 名であった。

我々が調べた限りでは、国内において痴呆患者に対してリハビリテーションを行い、その効果を検討した報告は少なく、野村(1990)、下仲ら(1988)の RO、黒川(1994)や河田ら(1998)の回想法、楠野(1999)らのリハビリテーション、矢内(1985)や一原ら(1986)のデイケアの痴呆患者に対する影響を検討した報告が中心である。

そのなかでも、われわれの行った RO については海外での報告は比較的多いが、国内では野村、下仲らが報告しているのみである。下仲ら(下仲ら, 1988)は、脳血管性痴呆患者 7 名を RO 実施群と RO 未実施群に分け、RO 実施群に RO を 4 ヶ月間、計 16 回(1 回 90 分)実施し、実施前後の長谷川式簡易知能スケール(HDS)や行動評価表を用いて、ADL、活動性、痴呆症状、対人コミュニケーションを評価した。その結果、未実施群では、HDS の得点が約 3 点悪化したのに対し、RO 実施群では約 7 点の改善が見られたと報告し、しかも対人コミュニケーションの改善が見られた。そのことから下仲は脳血管性痴呆におい

て、ROの有用性が検証されたとした。

野村(野村,1990)も、特別養護老人ホーム入所の痴呆老人に対し、3ヶ月間ROを実施する6名とコントロール群6名を対象とし、実施前後のコミュニケーション、情報理解度、集中度を評価した。その結果、RO実施群では、コントロール群に比し、評価をおこなった3つのテストにおいて改善が見られ、特にコミュニケーション能力が顕著に改善したと報告した。

海外ではBrookら(Brookら,1975)が18名の痴呆患者をRO実施群と対照群に振り分け、16週間の間毎日30分間ROを実施した。その結果RO実施群ではいずれの重症度においてもすべてのグループで知的、社会的機能が改善するか維持可能であったのに対し、対照群では、悪化していると報告した。また、HarrisとIvory(Harrisら,1976)は、57名の女性老人患者に対してRO実施群と対照群に分けてROを実施したところ、孤立、引きこもり、興奮した話し振りが緩和し積極的な発語が増加した反面、病棟内行動、看護者の印象、スピーチの清明さ、協調性、節制では両群に差がないと報告した。また、Barnes(Barnesら,1974)はROを行ったが効果的でなかったと、Diethら(Diethら,1989)はROの行われ方によっては患者に現実との無理な直面化を強いることになり、怒りや悲哀の反応を呈することがあるので注意を要すると報告した。そのため、Woods(Woods,1979)はROの有効性を検討するなかで、スタッフと患者間の相互作用やスタッフの患者への働きかけが改善に影響すると指摘している。以上のように、ROの有用性に対する見解は微妙に異なっている。

一方、レクリエーション療法の効果は、現

在、本邦では矢内、一原らによってデイケアの効果として報告されている。

矢内(矢内,1985)は、脳血管性痴呆を中心とした痴呆老人120名(入院患者と外来患者)にデイケアを行い、デイケア参加後平均3ヶ月の時点で、精神所見、身体所見、ADLを、評価したところ、痴呆、失認、失行、麻痺、移動の介助度は両群とも不変であったが、周辺症状のとして徘徊、睡眠障害、疎通性、表情、身だしなみが改善したと報告した。特に外来群では、精神症状の安定化、言葉数や動きの増加、排泄介助の軽減など認められ、家族から、デイケアの有用性を高く評価されたと報告した。

一原ら(一原ら,1986)は、在宅のアルツハイマー型痴呆患者を中心とした痴呆患者31名に対して週1回4ヶ月間、デイケアにて、体操や歌やゲーム趣味などのプログラムをおこなった。その効果を判定するため、感情・精神症状、言語・理解、意欲、記憶・見当識をデイケア実施前後で評価した。その結果、デイケア1回目と最終回の評価を比較したところ、表情の豊かさ、協調性、口数、自発的な話しかけ、積極的な手伝い、スタッフの顔を覚えるなどの項目が改善し、状況にあった発言の項目が悪化したと報告した。

楠野(楠野,1999)は老人性痴呆疾患治療病棟において、アルツハイマー型痴呆17名と脳血管性痴呆17名の患者に対して作業療法士が、1日4時間、週5日、散歩、茶話会、カラオケ、コーラス、ゲーム、創作活動などを行い、行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(以下NMスケール)と日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の総得点を入院後30日と90日で比較したところ、アルツハイマー型痴呆においてNMスケールが

改善したが、脳血管性痴呆には変化が認められなかったと報告した。

今回、レク実施群では6名全員3ヶ月間継続できたが、HDS-R、N式に実施前後において有意な変化はみられなかった。文献的にも、レクリエーション療法において、睡眠障害や疎通性や表情が改善したという報告があるものの、記憶を中心とした認知機能を改善したとの報告はなく、従来の報告と大きな違いは認められなかった。しかし、HDS-R10点以上の対象者2名に、HDS-Rに比して、動作性の検査項目の多いN式に改善傾向を示す傾向が認められた。これは、アルツハイマー型痴呆は手続き記憶が比較的温存されているためであると考えられた。

一方、RO実施群6例中5例が拒否的な傾向をしめし、1例は身体状況悪化のためプログラム継続を中断せざるを得なかった。この中断は、患者らが、自分の現実と無理な直面化を強いられ、怒り、悲哀や抑うつ反応をきたしたからであると考えられた。また、従来のROに比して、HDS-RやN式からの検査項目を追加プログラムとして利用するなどしたため、認知訓練的傾向が強調され、興味の持続ができなかったものと考えられた。実施中、正解に対して称賛を与えることに重点をおいたが、やはり、認知機能の改善を目標においてしまい、対象者に学習を強いてしまうことになったのかもしれない。

また、全体としても、RO実施前後において、HDS-Rが改善した対象者は2名、悪化が2名であった。N式では改善が1名、不変が1名、悪化が2名であり、HDS-R、N式得点に一定の改善傾向を認めず、野村、下仲や海外の有効性を認めたという報告と異なる結果になった。これは、ROはもともと脳血

管性障害患者として作成された方法であり、下仲らの対象は脳血管性痴呆であったのに対し、我々の対象はアルツハイマー型痴呆であったことに関係するのかもしれない。すなわち、ROは、海馬、側頭葉を中心とした変性疾患であるアルツハイマー型痴呆の認知障害を改善する効果は少ないものと考えられた。

以上より、アルツハイマー型痴呆に対してレクリエーションは、認知機能を改善する効果は認められないものの、少なからずそれら機能を維持する効果があり、ROは、ほとんどの対象において、感情的な変化を生じ、その結果、拒否的となる危険性があることが示唆された。またROは、認知機能は維持する効果があるかもしれないが、あきらかに改善することはなく、レクリエーション療法と同程度であると考えられた。

謝辞 本研究に多大なご協力をくださった浅香山病院 長谷川郁代先生、三輪修代先生に深謝いたします。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-IV, APA, Washington DC 1994. (高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き。医学書院、東京、1995)
- 2) Barnes J: Effect of reality orientation classroom on memory loss confusion and disorientation in geriatric patients. *Gerontologist*, 14:138-142, 1974.
- 3) Brook P, Degun G, Mather M: Reality orientation, a therapy for psychogeriatric patients: A controlled study. *Br J*

psychiatry,127 :42-45, 1975.

4)Dieth JT, Hewett LJ, Jones S : Adverse effects of reality orientation. J Am Geriatr Soc, 37: 974-976, 1989.

5)Folsom JC: Reality orientation for the elderly mental patient. Journal of Geriatric psychiatry .1: 291-307,1968

6)Harris CS, Ivory PBCB: An outcome evaluation of reality orientation therapy with geriatric patients in a state mental hospital . Gerontologist,16: 496-503 ,1976.

7)Holden UP, Woods RT:Reality orientation psychological approaches to the "confused" elderly 2nd. Churchill, Livingstone, London, 1982 (川原みどり訳:痴呆老人のアセスメントとケア.リアリティ・オリエンテーションによるアプローチ.医学書院,東京,1994)

8)福永智子,西村健,播口之郎ほか:新しい老人用機能検査の作成;N式精神機能検査、老年精神医学,5 :221-231,1988.

9)一原浩,加藤伸司,星那智子ほか:痴呆患者を対象としたデイケアの試み.精神医学,26:1021-1025,1986.

10)加藤伸司,下垣光,小野寺敦志ほか:改訂長谷川式簡易知能評価スケール HDS-R の作

成. 老年精神医学雑誌,2:1339-1947,1991.

11)河田政之,吉山容生,山田達夫ほか:痴呆に対するデイケア-回想法の効果. 老年精神医学雑誌,9 :943-948,1998.

12)黒川由紀子:痴呆老人に対する回想法グループ.老年精神医学雑誌,5:73-81,1994.

13)楠野泰之:老人性痴呆疾患治療病棟におけるリハビリテーションプログラムの効果についての検討.プライマリケア,22:213-215,1999.

14)野村豊子:特別養護老人ホーム入居の痴呆老人を対象としたROグループの試みと効果.社会老年学,32:63-73,1990.

15)下仲順子,中里克治,小栗龍郎ほか:痴呆性老人のグループワークとその評価.臨床精神医学,17:101-109,1988.

16)Woods RT: Reality orientation and staff attention :A controlled study. Br J Psychiatry,134:502-507,1979.

17)矢内伸夫:痴呆老人のデイケア.総合リハビリテーション,13:277-282,1985.