

精神症状を併発する認知症の介護者のうつと不眠に対する統合的な介入

—行動的介入療法と認知行動療法の統合的介入プログラムの開発—

仲秋秀太郎¹, 佐藤順子², 川口彰子²

1 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 2 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

<要 旨>

認知症の介護者は多様なストレスを抱えている。認知症の妄想、幻覚や攻撃性などの精神症状は、介護者に大きな負担と苦痛を与え、抑うつと不眠の誘因となる。そこで、精神症状を併発した認知症患者の介護者の抑うつと不眠を対象に、行動的介入療法にうつと不眠に関する認知行動療法を併合した統合的介入方法の治療プログラムのその実施、有効性などを検討した。

アルツハイマー病とレビー小体型認知症の介護者に、介入研究をおこなった。その結果約3か月の介入により、介護者の抑うつや不眠、介護負担が軽減した。幻覚や妄想などの精神症状を併発する認知症患者には、行動的介入療法と患者のうつと不眠への認知行動療法が有効であったが、認知症のタイプにより精神症状は異なるので、それらの特徴を詳細に分析することが必要である。介護者のうつや不眠は、精神症状に関する介護負担と密接な関係があるので、介護負担を軽減する方略が重要である。

<キーワード> 認知症、介護負担、精神症状、不眠、抑うつ、行動的介入療法、認知行動療法

【はじめに】

認知症では中核となる認知機能障害以外に、多様な精神症状が併存する。認知症の精神症状は、中核の認知機能障害よりも介護負担を高め、施設入所や入院を早める原因となるため深刻な社会問題を引き起こしている。認知症の精神症状は疾患により特徴的なパターンがあるので、対処方法が適切に行われるためには、治療対象になる疾患と症状を正確に把握することが重要である。例えば、レビー小体型認知症の精神症状の特徴は、幻覚と妄想（誤認妄想）であり、レム睡眠の行動障害を伴う場合も多く、症状の変動も大きい。

従来は、定型あるいは非定型抗精神病薬が、精神症状への治療の主体であった。しかし、

2005年に米国の食品医薬品局から非定型抗精神病薬が投与された高齢認知症患者では、プラセボに比較して、死亡率が1.6-1.7倍高いと報告された。したがって、薬物治療は認知症の生命予後に影響する可能性があるため、現在、事実上は使用できない状況である。

このような精神症状を併発する認知症の介護者は多様なストレスを抱えている。その結果、介護者の半数近くが抑うつ状態と不眠に苦しんでいる¹。とりわけ、認知症の妄想、幻覚や攻撃性などの精神症状は、介護者に大きな負担と苦痛を与え、抑うつと不眠の誘因となる²。しかしながら、現状ではこのような認知症患者の介護者の抑うつと不眠への介入方法は十分

に検討されていない。

認知行動療法はうつ病に対して薬物療法と同等の効果のある治療方法である。老年期うつ病に関しても、その有効性が示されている³。しかしながら、認知症の介護者は、介護を行うストレスや患者の介護負担などの多面的な問題を抱えているので、従来の認知行動療法の適用が困難である。系統的レビュー⁴によれば、介護者のうつと不眠に関しての認知行動療法に関しては、十分な有効性が証明されていない。介護者のうつと不眠には、認知症患者の妄想や幻覚、夜間の行動異常による負担増大が密接に関与している⁵、このような精神症状への対処方法への介護教育が介護者にとって必要である。

非薬物療法は実証的な治療効果が少ないが、行動に焦点をあてた行動的介入療法は、その有効性が注目されてきた。1990年にワシントン大学の Teri & Logsdon らのグループにより、認知症の焦燥感や興奮に対処する目的で開発された介護者のための教育プログラムである。申請者は、共同研究者と協力し、本邦でも十分に使用可能な行動的介入療法の開発とその実施、有効性を示した⁶。認知症に併発する精神症状の負担の高い介護者は、社会資源の利用に制限をうけ孤立し、患者との関係の悪化なども加わり、介護者はうつと不眠の度合いが高い⁷。したがって、介護者をとりまく状況を配慮した認知行動療法的な介入が必要である。

以上の所見を踏まえると、精神症状が併発した認知症患者の介護者への効果的な介入の臨床的な意義は大きい。そこで、精神症状を併発した認知症患者の介護者の抑うつと不眠を対象に、行動的介入療法にうつと不眠に関する

認知行動療法を併合した統合的介入方法の治療プログラムの新たな開発とその実施、有効性などを検討した。

【方法】

1 対象者

愛知県の資生会八事病院と埼玉県の高仁会戸田病院にて、新規に the National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) の診断基準で probable アルツハイマー病、international workshop の基準にてレビー小体型認知症と診断され、以下の基準を満たす患者の主介護者が対象となる。

① 幻覚、妄想、興奮などの精神症状が2つあるいはそれ以上が生じており、② 本研究に関して書面同意が得られ、③ 患者の家族に主介護者がおり、主介護者は介護以前にはうつ病などの疾患がなかったなどの条件を満たす。

2 倫理的配慮

被験者には文書と同意により十分な説明を行い、文書にて同意を得た。本研究は、八事病院および戸田病院の倫理委員会の承認を得た。

3 介入方法

個別の介入療法を、熟練した精神科医が週に1回、約1時間のセッションを12回施行した。主な内容は、認知症の精神症状への統合的介入療法と不眠への認知行動療法である。

1) 行動的介入療法

高齢の介護者にも理解できるように、認知症

における中核症状と精神症状、認知症の原因などについての資料を作成した。

おもなセッションは、下記のような構成である。

行動的介入療法のセッションの構成

- 1 行動的介入療法の紹介(心理教育、対象となる問題行動の把握)
- 2 ABC アプローチの学習
- 3 問題行動への介入(問題解決型のアプローチ)
- 4 問題行動への介入(コミュニケーションの方法)
- 5 問題行動への介入(何を現実と期待するか)
- 6 介護者の抱える問題の明確化、社会資源の利用方法(介入の継続)
- 7 患者の楽しめる活動の増加をめざす(介入のストラテジーを効率化する)
- 8 治療目標を達成し、維持する(介入療法の技術の継続)
- 9 継続的な評価と修正 1
- 10 継続的な評価と修正 2
- 11 今後にもつての治療プラン

上述した資料を用いて、介護者に認知症の心理教育を行った。次に、認知症の精神症状が日常生活でどのような不適応行動として生じているのか、行動評価を用いて明らかにする。具体的には、介護負担となる行動の出現する時間や頻度、前後の状況を詳細に記録してもらう。次に、上記の行動評価に関して、認知症の疾患別の精神症状と前後の出来事を、ABC分析を用いて詳細に検討する。ABC分析とは、認知症の精神症状の先行する原因(Antecedent)を明らかにし、行動(Behavior)について記述し、その結果(Consequence)を確認する問題解決型アプローチである。これらのアプローチにより、介護者の抱える問題点を明確にし、介護者が患者の精神症状に対処できるようなスキルを指導する。同時に、社会資源の内容や利用方法などが適切かなども検討し、生活状況に関して、患者が楽しめる環境にあるか、介護者も、息抜きできる場所があるかなども検討し、修正可能なプランを提案する。在宅では、練習帳などを

用いて、ホームワークを行うように指導する。

2) うつと不眠に関する認知行動療法

共同研究者の川口は、うつ病に伴う不眠に関して有効性が証明された短期睡眠行動療法(名古屋市立大学精神科の認知行動療法グループにより開発)の研修をうけたエキスパートである。この短期睡眠行動療法のテキスト(渡辺2011)⁸を参考にして、介護者に適応可能な認知行動療法を以下のように施行した。まず、介護者の睡眠日記を記載してもらい、睡眠習慣を治療者は把握する。その日記を、介護者にフィードバックして、睡眠習慣のくせを自覚してもらう。次に、睡眠衛生教育を行い、睡眠に影響を与える環境要因や患者の精神症状を同定する。最後に刺激のコントロール方法を指導して、睡眠のスケジュールを是正する。うつ症状に関しては、介護者の自責感に焦点をあてた認知行動療法をおこなった。

以上の行動的介入療法とうつ、不眠に関する認知行動療法は、統合して併行して行い、患者の精神症状への対処能力と介護者の不眠に関する認知を修正し、介護ストレス緩和を目的とした。

4 評価方法

介護者のうつと不眠に関しては、Beck depression inventory - II (BDI-II) と Insomnia severity index (ISI) (自記式不眠重症度尺度)、ピッバーグ睡眠評価尺度、介護負担の評価として Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)などを介護者に記入してもらう。また患者の精神症状の尺度として Neuropsychiatric Inventory (NPI)、患者の認知機能として Mini-Mental State Examination

(MMSE)を、治療には関与していないブラインドの独立評価者（言語聴覚士）が評価する。評価は、治療開始前、治療終了時におこなう。

5 解析方法

プライマリーアウトカムとして、BDI-II と ISI、ピッバーグ睡眠評価尺度を評価する。セカンダリーアウトカムとして、NPI、MMSE、ZBI などを評価する。解析方法は、サンプル数が多くないので、ノンパラメトリック解析のウイルコクソンの符号付順位検定を用いて、治療前後の検査成績を比較する。

【解析結果】

1 対象者の背景

8名がリクルートされたが、2名は転院のため脱落したので、6名がエントリーした。表1に背景をまとめた。認知症のタイプは4名がアルツハイマー病で、2名がレビー小体型認知症であった。性別は男性が1名で、女性が5名であり、平均年齢は73.3歳で、病歴は3.6年、MMSEは15.8点だった。

表1 患者の背景

認知症タイプ	アルツハイマー病 4名 レビー小体型認知症 2名
性別	男 1名・女性 5名
年齢	平均 73.3(8.5) 歳
MMSE	平均 15.8(4.2) 点
病歴	平均 3.6(1.6) 年

介護者の背景（表2）は、男性が3名で、女性が3名だった。そのうち、配偶者は4名で、長女は2名であり、介護者の平均年齢は65.1歳だった。

表2 介護者の背景

性別	男 3名・女性 3名
患者との関係	配偶者 4名 長女 2名
年齢	平均 65.1(14.9) 歳

2 介入効果

介護者への介入前後の尺度の変化を表3にまとめた。

表3 介入前後の変化

尺度	介入前	介入後	有意確率
MMSE	15.8 (4.2)	15.1 (4.4)	0.500
BDI-II	25.1 (11.1)	17.5 (8.2)	0.031
PSQI	10.5 (4.3)	7.17 (3.1)	0.031
ISI	13.6 (5.1)	7.3 (4.6)	0.032
ZBI	47.8 (18.5)	35.8 (12.8)	0.032
NPI	39.3 (8.4)	38.8 (7.3)	0.313

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Beck depression inventory -II (BDI-II)

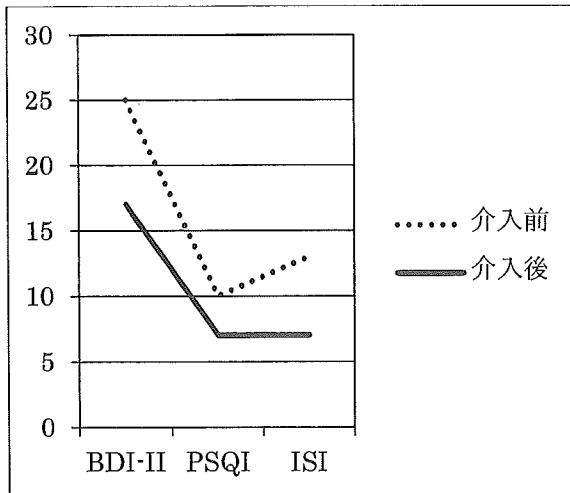
ピッバーグ睡眠評価尺度 (PSQI)

Insomnia severity index (ISI)

Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

患者に施行されたMMSEは変化なかった。しかし、介護者のBDI-II、PSQI、ISI、ZBIは介入前後で有意に改善していた（図1）。患者の精神症状を測定するNPI（総合得点）は、有意な変化を認めなかった。



Beck depression inventory -II (BDI-II)

ピッツバーグ睡眠評価尺度 (PSQI)

Insomnia severity index (ISI)

図1 介入前後の変化

改善したケースの例を報告する。

ケース

78歳 女性 レビー小体型認知症

病歴：

3年前から抑うつ症状が出現し、2年前から

幻覚や人物誤認などの妄想が出現した。

幻覚は人が多く、見知らぬ人物が家に侵入して

きて、お金を盗むという被害妄想も出現した。

長女が介護の主体だが、患者の精神症状に振り

回されて、介護負担による抑うつ的となり、

不眠も出現した。

介入前は、介護者のBDI-II 44点、PSQI 16点、ISI 15点、ZBI 77点であり、抑うつ症状だけではなく、不眠も併発し、介護負担も重かった。

介入方法：

行動的介入療法としては、レビー小体型認知症の精神症状の特徴を十分に説明し、患者の異常行動のパターンを記録してもらった。

その結果、夕方か部屋の照明が暗く、周囲に人がいない状況では、幻覚が生じやすく、その結

果、被害妄想が生じやすいことが明らかになった。そのため、部屋の環境を変化し、周囲に家族がいる、あるいはデイケアに行く時間をふやすなどの工夫をした。その結果、被害妄想がやや減少し、妄想に併発する怒りや焦燥感に介護者が対処できるように訓練した。デイケアにいたり、音楽を聞かせるなどの工夫は、患者の気分を緩和した。

介護者は、患者に付き添わない状況でも、患者の行動が気になり、不眠が生じていた。また介護への不安も、その原因となっていた。そのため、患者の不眠のパターンを記録してもらい、患者が夜間常に異常行動をおこすわけではないことを認識してもらい、患者の行動を監視していないといけない状況ではないことを認識してもらった。寝れない時間は、患者と関わらない状況で、寝室以外で過ごすことも指導した。また、介護に関する将来の不安や介護への自責感などを治療者と話しあい、患者の疾患の特徴や行動パターンを認識してもらい、介護者が抱える問題点を整理した。以上のような指導を行い、介護者の不安は緩和し、抑うつ症状や不眠も改善した。

介入後は、介入前に比較すると介護者のBDI-II 32点、PSQI 12点、ISI 5点、ZBI 54点に改善した。

【考察】

本研究では、アルツハイマー病患者4名とレビー小体型認知症2名の介護者に、介入研究をおこなった。その結果、3か月の介入により、介護者の抑うつ、不眠、介護負担などが改善した。一方、認知症患者の認知機能と精神症状は改善しなかった。

本研究に参加した介護者は、患者の発病前にはうつ病などの精神疾患はなかった。介護による負担が原因で、抑うつ状態になったと想定される。BDI-IIの得点は、13点から44点と広がりがあるが、軽症もしくは重症の抑うつ度を6人の介護者は抱えていた。なお、すべての介護者は、介入中には薬物療法はうけていない。認知症の介護者は、様々な要因が重なってうつ状態になる⁷。介護者は、認知症を発病後に、患者との関係を喪失したという最初のストレスを体験する。次に、現在の患者と介護者との関係、および介護者の家族からの疎外感などがストレスの要因になり、孤立感が生じて、うつ状態になってしまう。ことに、精神症状の併発する患者の場合には、社会資源をうけにくい状況になるので、孤立しやすい⁷。加えて、認知症の患者は、一般に症状が進行していくと、家族も認識できなくなり、会話も十分に成立しなくなる。したがって、介護者は、患者とのコミュニケーションが閉ざされ、介護者と患者との関係が歪んでしまい、そのことが、さらに介護者の負担を増加するという悪循環に至る。

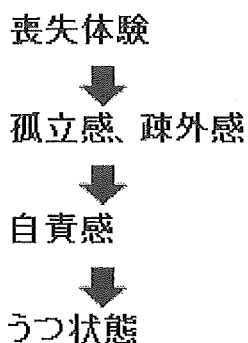


図2 介護者の心理的特性

不眠の併発は、抑うつ症状の部分的な症状と同時に、患者の夜間における行動障害（例；徘徊）

などにも起因する。本研究の介護者も、患者の介護負担が原因となる不眠を抱えている場合が多かった。その不眠の背景には、患者の夜間の行動障害への不安があった。したがって、うつ病に併発する不眠の認知行動療法^{8、9}をそのまま適応した方法では、介護者の不眠の改善は望めない。

本研究の介入方法により、介護者は、患者の精神症状についての知識を深め、精神症状の行動パターンを把握する技法を習得できた。加えて、昼夜の患者の行動分析を行うことにより、介護不安も減少し、抑うつと不眠も改善したと思われる。しかしながら、本研究の患者群のNPI得点は、介入前後では有意な差異はなかった。我々の先行研究では、行動的介入療法により患者の焦燥感も減少した。その差異は、患者の疾患背景や精神症状の重度の差によるのかもしれない。

本研究は、サンプル数も少なく、統計の検出度も十分ではない。パイロット研究なので、今後、技法も改善し、体系化した対照群も含む研究を展開したい。認知症の疾患ごとに、精神症状の出現タイプは異なるので、疾患ごとの技法の工夫も必要であろう。

【謝辞】

本研究に参加いただいた被験者の方々に感謝を申し上げます。

【引用文献】

- 1 Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):75-89.

- 2 仲秋秀太郎, 鳥井勝義. EBMによりもたらされた変化. 老年精神医学. 2013; 24, 441-448.
- 3 三村 將, 仲秋秀太郎, 古茶大樹: 老年期うつ病ハンドブック, 診断と治療社, 2009, 東京
- 4 Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. BMC Geriatr. 2007; Jul 27;7:18.
- 5 McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2005;53(5):793-802.
- 6 Sato J, Nakaaki S, Torii K, Oka M, Negi A, Tatsumi H, Narumoto J, Furukawa TA, Mimura M. Behavior management approach for agitated behavior in Japanese patients with dementia: a pilot study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:9-14.
- 7 仲秋秀太郎. アルツハイマー型痴呆における介護者の social support と介護負担について. 老年精神医学. 2004; 15, 95-101.
- 8 渡辺範雄 自分できる不眠克服ワークブック 短期睡眠行動療法自習帳 : 創元社、2011, 東京
- 9 Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, Morokuma I, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, Kawamura C, Perlis ML. Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: an assessor-blind, randomized controlled trial. J Clin Psychiatry. 2011 Dec;72(12):1651-1658.