

平成9年度長寿科学総合研究事業脳機能関係班
痴呆性疾患の生活機能維持のための訓練療法に関する研究
- ごく初期症例の症状進行抑制を目標に -
主任研究者：林茂信（国立療養所犀潟病院院長）
分担研究者：田中政春（三島病院院長）

早期痴呆患者に対する外来通院精神療法 - 家族も含めたカウンセリング・回想法・動作療法の試み -

長谷川明弘¹⁾ 田中政春²⁾

1) 三島病院臨床心理士 2) 三島病院精神科

外来通院している早期痴呆患者が日常生活の中で家族の協力のもとに本人に適したリハビリプログラムを実践できるよう支援した。このリハビリプログラムは本人の生活状況・家族関係などを把握した上で、家族カウンセリング、回想法、動作療法の3つの面接技法を組み合わせ患者ごとに作成された。痴呆がまだ軽度の場合、患者が関心を示す趣味や家事作業をリハビリの手段として用いた。やや進行した痴呆の場合、家事、衣服、入浴などの具体的場面を取り上げて、適切な課題を与えつつ、家族が患者をうまく支えられるように促した。家族関係のパターンにより家族への働きかけの仕方も異なった。例えば、過干渉すぎる家族には、ゆっくりと見守る姿勢を促した。また患者から家族への攻撃がみられ、さらに家族側に当惑が見られた場合、家族側への心理的サポートが必要であった。

キーワード：リハビリプログラム、家族カウンセリング、回想法、動作療法

はじめに

平成7年、8年度の研究においてわれわれは長期間精神科作業療法がアルツハイマー型痴呆（平成7年度）および脳血管性痴呆（平成8年度）患者のADLおよび精神機能に及ぼす効果について検証した。平成9年度の研究に当たり、われわれは三島病院外来を受診した比較的早期の痴呆患者について、その症状進行抑制を目標として通院精神療法を試みたので報告する。本研究の目的は、外来通院している早期痴呆の患者が、日常生活の中で家族の協力のもとに本人に適したリハビリプログラムを実践できるように支援することである。

方法

リハビリプログラムの策定にあたり、われわれは、まず各患者について痴呆の原因や痴呆の程度などを評価（患者アセスメント）し、次いで患者を取り囲む家族の状況や患者と家族の関係を詳細に評価（家族アセスメント）した。それらアセスメントの結果に基づいて具体的な治療目標を設定し、さらに使用する治療技法の適応を選択し、外来セッション

で直接の働きかけを行うとともに、家族あるいは患者本人に指導して日常生活のなかでのリハビリを継続するように援助した。

対象者および患者アセスメントについて

今回対象としたのは比較的早期の痴呆患者17名(男4名,女13名)で、その平均年齢は72.5歳(年齢範囲55~86歳)であった。全症例についてMRIないしCTによる脳の画像診断を行った。心理テストによる評価としては全例にMMSE(Mini-Mental State Examination)、HDS(長谷川式簡易痴呆尺度)、HDS-R(改訂版長谷川式簡易痴呆尺度)を行い、一部の症例では記憶(記銘)検査として三宅式記銘力検査ないし有意味綴り・無意味綴り言語記憶検査も行った。コース立方体知能検査ないしWAIS-R(改訂版ウェクスラー成人知能検査)による知能測定を行った症例もある。

《 表 1 挿入 》

表1に17例の患者アセスメントの結果を、MMSE得点の高い順に並べて提示した。17例のうち1例が多発梗塞性痴呆であった。残り16例はアルツハイマー型痴呆であったが、そのうち4例は初老期発症例であった。初発症状の出現から三島病院外来受診までの経過年数は3ヶ月から7年で、平均2年8ヶ月であった。MMSE得点は27点から10点の間に分布し、平均19.9点であった。ここでMMSE得点20点以上の10例を初期例、19点以下の7例をやや進行した例と区別した。HDSとHDS-R得点はMMSE得点と相関がみられた。WAIS-Rによる知能測定は1例で行われた。14例でコース立方体知能テストを行った。

家族アセスメントについて

最初に患者と家族の同席あるいは個別面接で、まず家族構成や介護の事情について確認した。次に現在困っている問題について家族や患者にたずねた。治療者は困っている問題の中から解決可能と思われた問題に注目した。

《 表 2 挿入 》

表2には17例の家族構成について患者の年齢順に示した。同居している家族と同居はしていないが患者の介護にとって重要な役割を持っている家族を全て示した。は男をは女を示し、主介護者の場合は右肩に*印をつけた。17例中、主介護者が配偶者であるのは5例、子供が9例、子の配偶者が3例であった。

《 表 3 挿入 》

各事例の介護者あるいは患者が挙げた「困っている問題」の中から、治療者が解決可能と考えて注目した問題を表3に示した。初期例10例中、8例で自発性低下に注目したのに対し、進行例7例中では被害妄想や興奮などのいわゆる問題行動に注目した例が多かった。

「注目した問題」に対する各家族成員の対処行動はいくつかに類型化できるが、家族が患者に対してとる態度(対処パターン)に着目して「行動制限・過干渉」、「放任・無関心」、「適切」の3つに分類した。

「行動制限・過干渉」型の家族においては例えば「何回教えてもわからない。」、「こんなに一生懸命しているのに・・・なかなかわかってもらえない。」、「何度言っても、いつもこうなんです。」という発言が、また「放任・無関心」型の家族からは「言うだけ無駄。」、「仕事が忙しくて(面倒を)みている暇がない。」、「別に本人は困っていな

いみたい。」、「何回言っても変わらないから、言うのをやめました。」というような発言が特徴的であった。「行動制限・過干渉」型と「放任・無関心」型の家族は行動の選択肢が固定化されていた。家族が患者に働きかけても患者からの反応が乏しく、両者間にはほぼ決まったやりとりが繰り返される。「行動制限・過干渉」型の家族には患者に対する怒りや病気に対する焦りなどが認められ、一方「放任・無関心」型の家族にはあきらめが認められる。

「適切」型の対処パターンを行う家族は行動の選択肢をたくさん持っており柔軟である。例えば、「本人も私も困っているのです。どのようにしたらいいのでしょうか。」、「何か役に立つことがあれば教えてもらえませんか。」、「この人（患者）のためになるのなら、やってもいいですけど。」、「一度試しにやってみましょうか。」という表現が特徴的である。「適切」型の家族には解決に対する期待が認められる。

《 表 4 挿入 》

家族がとる対処パターンの一覧を表4に示した。「行動制限・過干渉」型を 印、「放任・無関心」型を 印、「適切」型を 印で示し、主介護者には右肩に*印をつけた。表4では主介護者のとる対処パターンに注目して3つのグループに分け示してある。主介護者の対処パターンについて、「行動制限・過干渉」型は7例、「放任・無関心」型は5例、「適切」型は5例であった。

治療目標と治療技法の選択およびその実践について

《 表 5 挿入 》

患者アセスメントと家族アセスメントの結果に基づいて治療目標を設定した。設定した治療目標と適用した治療技法の一覧を主介護者の対処パターン別に表5に示した。

治療目標は注目した問題を元に具体的な行動レベルで設定し、小さな目標をセッションごとに積み重ねていった。治療者は治療目標と主介護者の対処パターンに基づいて治療技法を選択した。治療技法としては、行動連鎖介入や家族教育などを含む家族カウンセリングを主に用いたが、2例では回想法、7例では動作療法、その他の技法も7例で同時に試みた。行動連鎖介入とは家族内で見られる行動のつながりの流れを変容させたり、強化したりすることである。家族教育では主に病気、患者との接し方、施設について説明を行った。その他の技法には患者が親しんできた趣味を取り上げたり、料理や買い物、描画を媒介に働きかけたり、メモ帳や日記を用いた記憶訓練を試みた例が含まれる。作成したりハビリプログラムを患者ならびに家族に提示し、同意を得てから実施に移った。

治療者は、外来通院セッションで、家族カウンセリング、動作療法、回想法などの技法を用いながら治療目標に沿って働きかけを行った。また介護者に対して日常生活の中で趣味、料理、買い物等の活動を通して患者に働きかけるリハビリプログラムを継続するよう指導した。

結果

外来セッションは2週間に1回程度の割合で設定し、8回程度で終結した。17例のうち現在終結したのは9例、現在継続中なのは4例、中断になったのは4例であった。

治療効果の判定についてはまだ十分なデータが集まっていないが、家族や患者からは

「ここにきて得るものがあった。」、「以前と比べて私（患者・家族）が変わった。」と肯定的な評価がなされていた。治療者の印象では、患者や家族の表情が開始時と比べると終結時には明るくなっていくように感じられた。

症例提示

症例 No. 5 女 86歳 SDAT 発病後1年 MMSE：25点

患者は「新しい給湯器、洗濯機などの使い方が覚えられない」と自ら受診を希望して来院した。主介護者は60歳の息子で、患者の病状を十分に理解しており、接し方も適切であった。患者の自発性低下、自信喪失に注目し、自分の人生を振り返って再評価することで自信を回復し、自発性を促すことを治療目標とした。治療技法としては回想法を選択し、幼少時代のエピソードから現在まで時間系列での回想を設定した。介護者には家族の古いアルバム写真を持参してもらうなど協力を求め、セッションでは患者と同席して回想にともなう感情を共体験してもらった。8回のセッションをもって終結としたが、知能テスト（コース立方体）の変化は、開始時が76.0、終結時が80.2とほとんど変化なく、言語記憶検査でも変化を認めなかった。しかし終結の頃になると、患者は給湯器の操作を覚えたり、ゴミ出しの曜日を確認するためカレンダーを見るなど意欲的な面を見せるようになった。

症例 No.14 女 70歳 SDAT 発病後1年半 MMSE：15点（やや進行）

患者は物忘れが多くなったため、同居している夫に連れられて受診した。

主介護者である夫は患者に対して「料理に砂糖を入れすぎる」、「季節にあった衣服を選べない」など細々したことを常々注意していた。それに対して患者は「そんなこと言われるくらいなら死んだ方がいい」などと言うこともあった。治療者は夫の過干渉な態度に注目し「介護者からの一方的なかかわり」から「患者・介護者間の相互的なかわり」への変化を治療目標にした。治療技法は家族カウンセリングの行動連鎖介入とその他の技法の中の料理などの活用を選択した。介護者に対しては、痴呆患者の特性や接し方について説明し、理解を促した。また料理などの具体的な家事を取り上げ、毎回家でやってくる課題を提示し、夫婦2人で話し合い、一緒に家事に取り組むよう促した。16回のセッションを通じ、患者は料理や衣服の選択に際して介護者の助言に耳を傾けるようになり、また介護者は患者の行動を肯定的にとらえて優しい態度で接することができるようになった。

症例 No.16 女 79歳 SDAT 発病後6年 MMSE：10点

患者は、物忘れがひどく、興奮して介護者である58歳の娘を言葉で激しく攻撃したり、時には娘の顔を認識できなくなることもあった。面接室でも両者の言い分は食い違っており、介護者の側にも患者に対して情緒的に反応し、互いに言い争う場面も見られた。そこで両者の感情的交流を促進し、患者の興奮や暴言を減らすことを治療目標とした。患者の痴呆症状がやや進行していることから、言語的なカウンセリングのみでは限界があったので、動作療法を選択し、「肩ひらき課題」を取り上げて介護者にその手法を教えた。面接室で相互に動作療法を実施してもらったところ、次第に面接室で言い争うことがなくなった。さらに自宅でも動作療法を続けるように提案した。現在も継続中だが、家族は家で興

奮や暴言の頻度は減少したと報告している。

考察

動作療法は、脳性マヒ児の訓練技法である「動作訓練」に由来する。この「動作訓練」は1960年代半ばから九州大学の成瀬悟策の研究グループを中心に催眠研究から発展してきた。動作訓練は現在、脳性マヒ児（者）だけでなく、自閉症、分裂病、不登校、PTSDやスポーツ選手にも適用されている。高齢者に動作訓練を適用した研究も既に報告されている（成瀬，1992）。成瀬（1995）は身体が動くまでのプロセスの中に意図と努力という心の働きがあると定義している。身体が客観的に動かない場合でも、「動かない」ではなく、「動かせない（動かし方がわからない）」と考え、動かそうと努力した「動作体験」を重視する。治療者は動作の課題を患者に設定し、動作課題を達成しようとする中で得られる動作体験の変化によって、その後の日常生活における体験の仕方が変化することをねらう。

今回動作療法を高齢者に導入したのは2つの理由がある。第1に成瀬らによって既に適用の報告がいくつかされており、第2に会話中心となる従来のカウンセリングでは高齢者が集中して取り組む時間に限界があると考えたからである。実際に導入してみるとカウンセリングで話し合ったことを忘れてしまう痴呆患者が、動作療法施行後暫く過ぎてから確認すると体を動かした感じが残っており、その内容を思い出すことができた。このことは患者の自尊心を高め、現実的な感覚を促進するよう思われる。

また、家族内に既に固定化された「やりとり」が多く見られた。そこで動作課題を「運動」として家族に提示し、お互いに施行しあうことで新たな「やりとり」の形成を促すこともできるように思われた。

《 表 6 挿 入 》

表6には治療技法の選択がまとめてある。患者アセスメント結果の「初期」、「やや進行」と家族アセスメント結果の主介護者の対処パターンの違いによって決められるであろう治療技法を述べておいた。

痴呆初期の患者には、患者が興味を持つ趣味や家事を患者が主体になるようリハビリに用いた。そして痴呆がやや進行した患者には、具体的な場面で、家族が患者をうまく支えられるように家族に援助してもらった。

「過干渉な家族」にはゆっくりと患者を見守る姿勢を促した。また患者が興奮などして「家族への攻撃」が見られたとき、家族側への心理的サポートを行った。また攻撃を受ける家族には攻撃のない場面を探してもらってそのかわりを強めたり、リラックスの方法を患者ならびに家族に提示し介護者に実践してもらった。「無関心な家族」には各種施設の案内をしたり、患者に関心を持つように促した。「放任している家族」には関与を促したり、施設の案内をした。「適切なかわりの家族」には、患者にノートや日記などの活用の援助を促したり、痴呆の程度によっては、かわりをいくつか聞き出し、それらの中でうまく行っていると患者と家族が考えることを続けるように促した。

おわりに

今後は、治療技法の選択について症例のさらなる追加によって本研究で示した治療技法の選択の検証を進めていきたい。

参考・引用文献

- ヘル・J・J・ウィークランド・J・H・1979（小森康永/他 訳 1996）
老人と家族のカウンセリング 金剛出版
- 宮田敬一（編）1994 プリーフセラピー入門 金剛出版
- 成瀬悟策 1992 高齢者臨床における動作法の心理学的意義
リハビリテーション心理学研究, 20, pp 1 - 14 .
- 成瀬悟策 1995 臨床動作学基礎 学苑社
- 野村豊子・黒川由紀子 1992 回想法への招待 スピーチ・バルーン
- ウィルソン・B・A・モファット・N・ 1992（綿森淑子 監訳 1997）
記憶障害患者のリハビリテーション 医学書院
- 遊佐安一郎 1984 家族療法入門 星和書店

The psychotherapy for demented out-patient at early stage
-Counseling, Life review, and Dohsa therapy with family on trial-
Akihiro HASEGAWA and Masaharu TANAKA

We assisted demented out-patients at early stage to practice the rehabilitation programs with the cooperation of their families. We listened their living conditions and family relationships. And we combined psychotherapeutic methods – family counseling, Life review, Dohsa therapy (the Japanese "dohsa" is translated as "motor-action" in English, this "dohsa" is technical term defined by Naruse in 1960's) and rehabilitation programs were designed for each of out-patients. In mild cases, we used hobby/fun or housework as a means for the rehabilitation. In moderate cases, we picked up a definite situation – housework, clothes, bathing etc., and then we gave a suitable task to the patients and their families in order to support patients more easily.

keywords: rehabilitation program, family counseling, Life review, Dohsa therapy

公刊された報告書

早期痴呆患者に対する外来通院精神療法

- 家族も含めたカウンセリング・回想法・動作療法の試み -

長谷川明弘・田中政春（三島病院）

長寿科学総合研究 平成9年度研究報告 Vol.4 老年病各論 pp.257-261

1998.3 長寿科学総合研究費中央事務局

表1 患者アセスメント

事例番号	性別	年齢	診断	経過年数	MMSE	HDS	HDS-R	コ-入立方体IQ
1	M	70	SDAT	3ヶ月	27	27	23	80.7
2	F	70	SDAT	1年6ヶ月	27	26	25	66.7
3	M	57	AD	2年	26	29	28	WAIS-R:101
4	M	76	SDAT	6ヶ月	26	27.5	23	56.2
5	F	86	SDAT	1年	25	23	19	76.0
6	F	55	AD	1年	23	29.5	25	72.9
7	M	65	AD	2年	23	29.5	17	69.8
8	F	81	SDAT	3年	21	21	17	実施せず
9	F	60	AD	5年	21	16.5	18	実施せず
10	F	85	SDAT	2年	20	21.5	21	52.6

11	F	79	SDAT	1年6ヶ月	18	14.5	16	65.2
12	F	81	SDAT	7年	17	17.5	17	Scale out
13	F	74	SDAT	2年	17	15	14	37.5
14	F	70	SDAT	1年6ヶ月	15	18.5	18	67.2
15	F	68	MID	2年6ヶ月	12	14.5	12	Scale out
16	F	79	SDAT	6年	10	12.5	17	Scale out
17	F	76	SDAT	7年	10	2.5	6	37.5

表2 家族構成と主介護者

事例番号	性別	年齢	診断	配偶者	子ども	子の配偶者	孫世代	他の同居家族	重要な同居外家族
6	F	55	AD	*					兄
4	M	57	AD	*					
9	F	60	AD		*				
7	M	65	AD	*					妹
15	F	68	MID						* 子ども
1	M	70	SDAT	*					子ども
14	F	70	SDAT	*					子ども
2	F	70	SDAT			*			
13	F	74	SDAT		*				
17	F	76	SDAT			*			
3	M	76	SDAT		*				
11	F	79	SDAT		*				
16	F	79	SDAT		*				子ども
12	F	81	SDAT						* 子ども
8	F	81	SDAT			*			
10	F	85	SDAT		*				子ども
5	F	86	SDAT		*				

*は主介護者 は男 は女

表 3 注 目 し た 問 題

事例番号	性別	年齢	診断	注目した問題
1	M	7 0	SDAT	自発性低下 - 仕事への動機低下
2	F	7 0	SDAT	あちこち動き回って家事をしない
3	M	7 6	SDAT	自発性低下 - 意欲消失
4	M	5 7	A D	自発性 / 意欲低下
5	F	8 6	SDAT	自発性低下 - うつ状態
6	F	5 5	A D	自発性 / 意欲低下
7	M	6 5	A D	自発性 / 意欲低下
8	F	8 1	SDAT	自殺をほのめかす
9	F	6 0	A D	自発性低下 - 能力低下への不安感
1 0	F	8 5	SDAT	自発性低下 - 意欲消失 / 介護者無関心
1 1	F	7 9	SDAT	自発性低下 - 意欲消失
1 2	F	8 1	SDAT	被害妄想 - お金への固執 / 同居拒否
1 3	F	7 4	SDAT	興奮 - 家を飛び出す
1 4	F	7 0	SDAT	家事能力低下 / 介護者に怒られること
1 5	F	6 8	M I D	興奮 - 介護者への身体的暴力
1 6	F	7 9	SDAT	興奮 - 介護者への暴言 / 家を飛び出す
1 7	F	7 6	SDAT	被害妄想 - 介護者への悪口 / 食事量増加

表 4 主 介 護 者 と 副 介 護 者 の 対 処 パ タ ー ン

主介護者の 対処パターン									
	事例番号	性別	年齢	診断	配偶者	子ども	子の配偶者	孫	
行動制限 ・ 過干渉	1	M	7 0	S D A T	*				
	1 4	F	7 0	S D A T	*				
	5	F	6 8	M I D		*			
	3	M	7 6	S D A T		*			
	7	M	6 5	A D	*				
	1 3	F	7 4	S D A T		*			
	1 6	F	7 9	S D A T		*			
放任・無関心	2	F	7 0	S D A T					*
	8	F	8 1	S D A T					*
	1 0	F	8 5	S D A T			*		
	1 2	F	8 1	S D A T			*		
	1 7	F	7 6	S D A T					*
適切	9	F	6 0	A D					*
	5	F	8 6	S D A T					*
	4	M	5 7	A D		*			
	6	F	5 5	A D		*			
	1 1	F	7 9	S D A T					*

記号の説明
 * は主介護者
 介護者の対処パターン
 に
 : 行動制限・過干渉
 : 放任・無関心
 : 適切

表5 治療目標と治療技法

主介護者の 対処パターン	病期	性別	年齢	診断	治療目標				家族カウンセリング		回想法	動作療法	その他 趣味・ 料理を 活用
					感情的 交流促進	自発性 促進	リラッ クス	その他	行動連鎖 介入	家族 教育			
行動制限・ 過干渉	1	M	70	SDAT	*	*				★		★	
	14	F	70	SDAT	*			*	★			★	
	15	F	68	MID	*		*	*	★				
	3	M	76	SDAT	*	*				★	★		
	7	M	65	AD	*	*		*	★		★	★	
	13	F	74	SDAT	*		*		★		★		
	16	F	79	SDAT	*		*	*	★		★		
放任・ 無関心	2	F	70	SDAT	*			*	★				
	8	F	81	SDAT				*		★			
	10	F	85	SDAT	*	*		*		★			
	12	F	81	SDAT	*			*		★			
	17	F	76	SDAT	*			*	★				
適切	9	F	60	AD	*	*		*				★	
	5	F	86	SDAT		*		*			★		
	4	M	57	AD	*	*			★		★	★	
	6	F	55	AD	*	*			★		★	★	
	11	F	79	SDAT	*	*			★		★	★	★

家族アセスメント 患者アセスメント	患者の行動制限 患者に過干渉	患者への適切な かかわり	患者を放任 患者に無関心
初期	家族 カウンセリング 合同面接 行動連鎖変容 教える→楽しむ 趣味・料理・カラオケを楽しむ 動作療法 主体的活動増進	家族合同回想法 時間系列—家庭の写真を活用 家族 カウンセリング 合同面接 趣味・料理・メモ・日記・ 描画の活用 動作療法 コミュニケーション	家族 カウンセリング 家族教育 施設利用についての案内 痴呆について説明 行動連鎖変容 無関心→関心を持つ 患者のリソースを探す
やや進行	家族 カウンセリング 個別・合同面接 行動連鎖変容 教える→引き出す 料理などの家事を一緒に行う 認識変化→行動変化 肯定的な見方で優しく接する 興奮しない場面を探して強化 動作療法 リラックス・現実認識獲得	家族 カウンセリング 合同面接 行動連鎖強化 既になされている行動連鎖を 定着させる 患者の活動を見守る 動作療法 主体的活動増進	家族 カウンセリング 家族教育 施設利用についての案内 痴呆について説明 行動連鎖変容 放任→関与 被害妄想に対する認識 変化から関わってみる