



行動障害を呈する認知症高齢者の介護者に対して、介護者自身が応用行動分析により行動を分析し対処行動を変化させることができるよう指導する方法の開発に関する臨床的研究

京都市立医科大学大学院医学研究科 精神機能病態学学内講師

成本 迅

私の演題はちょっと長いのですが、**「行動障害を呈する認知症高齢者の介護者に対して、介護者自身が応用行動分析により行動を分析し対処行動を変化させることができるよう指導する方法の開発」ということで、認知症の方の様々な不適応をきたした故の行動障害というものを対象として、介護者の方が直接認知症の方に対してアプローチするというところと、我々が介護者に対してアプローチするという二段構えの形で、そういった認知症の方の行動障害に対処していこうと考えました。**

【ポスター 1】

それで、今回我々が対象としています**不適応行動、行動障害**というものがどんなものかということなのですが、これは介護保険で挙げられている**不適応行動**の項目なのですが、被害的になられたりとか、作話であるとか、感情が不安定になったり、大声を出したりとかといった行動、それから認知症の程度によっても色々ですけれども、まだ

お料理などをされる方ですと**火の不始末**だったりとか、それからもう少し程度が進みますと、**便失禁、尿失禁**の後に**不潔行動**が出たりとか、また、**異食行動**で、食物でない物を食べてしまうといった様々な行動障害があるわけですが、基本的には、こういった行動障害というのは**他者に対する自己調整困難な行動**という形で定義づけることができます。自分で行動をコントロールすることができなくなっていて、周囲の方が非常に対処に困る。そういう行動に対してどういった介入ができるかということを検討いたしました。

ポスター 1



【ポスター 2】

このような認知症の行動障害は非常に注目されている領域で、こういった行動障害が出てきますと、早期に施設入所もしくは入院といった形で、在宅の介護がとん挫してしまう原因の大きな一つになっていますけれども、現在のところどのような治療が為されているかと言いますと、基本的には**薬物療法と非薬物療法**と、大きく2つに分

けることができます。提言などでは、非薬物療法をまず先に試みて、それがだめだったら、どうしても仕方がない場合に薬物療法をしましょうということにはなっているのですけれども、現場では、そういった形できちっと進めている先生方もおられるのかもしれませんが、少なくとも私はこれまでのところ、どうしても即効性を求められる事態がありますので、例え

ば「今のこの行動がもうあと1週間続いたら、私たち家族では対処できませんので、何とか入院先を探してください」というような状況で外来に来られますので、結局薬物療法から先にしてきたという実態があります。ただ、非定型抗精神病薬という、従来の抗精神病薬に比べると副作用が少ないと言われてきたお薬を認知症の方の行動障害に使ってきたわけなのですけれども、それを使用することによって死亡率が増加するという報告が昨今アメリカのFDAで出されたことが一点と、あともう一点は、抗精神病薬の使用というのは薬物的な拘束だという考えが出てきて、非常に老人保健施設等では抗精神病薬の使用が歓迎されないという事態が最近起きてきています。

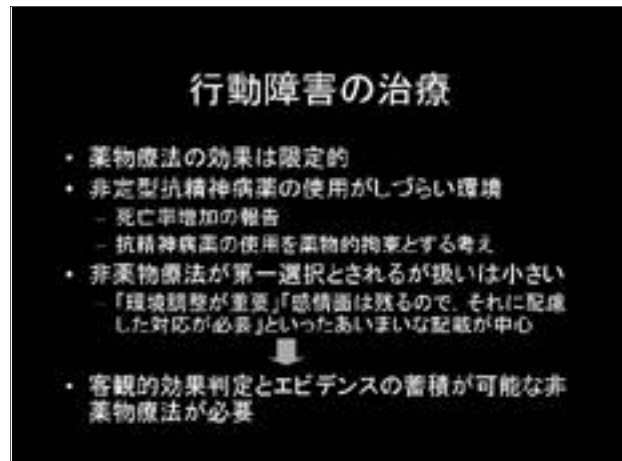
そういった事態を受けて、非薬物療法を開発していかないといけないという状況にあるのですけれども、残念ながら、教科書等を見ましても、第一選択とされる割には、残念ながらこれまで扱いが小さいという状況があります。実際私もそういうことを家族に指導してきた面があるのですけれども、よく教科書等で、環境調整が重要ですが、認知症の方は認知機能は落ちて感情面は残るのでそれに配慮した対応が必要ですが、そういった曖昧な記載がどうしても多くなってしまって、そういう記載を介護者の方が見たとしても、実際に問題行動を目の前にして、どういうふうに対処行動をとったらいいのかという指針にはなかなかかなりづらいものを中心でした。そこで、客観的な効果判定ができるということと、エビデンスの蓄積が可能な非薬物療法を開発したいという思いが、まず、あります。それと、介護者の方にとって理解しやすく、具体的な行動に活かしやすいというところを目指しました。

【ポスター3】

それで行き着いたのが、行動療法ということなのですが、行動療法はこれまで精神科領域では、広汎性発達障害であるとか、知的障害の方に適用されて効果を上げてきた実績のある治療法であり、諸外国では認知症の方にも適用された事例はあるのですけれども、日本ではなかなか、これまでのところ少ないという状況がありました。

それで、ご存知の方も多いかと思うのですが、行動療法がどんな点に着目をして問題行動に対処していくかということをご説明したいと思います。行動療法の場合、そ

ポスター2



の先行の条件と結果の事象といった観点から一つの行動を見ていくという形をとっています。ある行動の頻度が増えるか減るかというのは、必ず先行条件と結果として起きる事象によってコントロールされているという見方です。それで、「強化」というのは、先行条件で報酬がない状態から、何かある一定の行動をとって結果として報酬が得られた場合には、その行動が「強化」されて頻度が増えるという考え方になります。

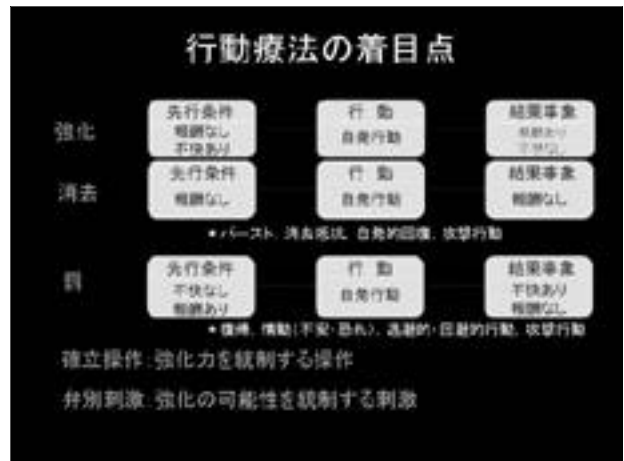
まあ、「強化」というのはもう一つありまして、元々何か不快な状況があって、何かある行動をとって結果として不快な状況がなくなったといったことも行動の頻度を上げる「強化」ということになります。それから、これは逆になるのですけれども、何も報酬がない状態から、何か行動をとって結果としても何ら変化が起きずに報酬が得られないという場合には、この行動は次からは頻度が下がってくる。それを「消去」と行動療法の言葉では呼びます。

一方、もう一つ、「罰」というものがあるのですけれども、何もない状況から、ある行動をとって結果として何か不快なことが起きた、もしくは報酬がある状態から何か行動をとって、結果として報酬がなくなったといった状況のことを「罰」と呼びまして、結果としてこの場合、行動は減る方向に行きます。

それ以外に、着目点としては「確立操作」というものと「弁別刺激」というのがあるので、今回ご説明する症例が「確立操作」を変更した症例ですので、「確立操作」の方だけ少しご説明したいと思います。「確立操作」というのは、報酬の強化力をコントロールするような操作のことを言います。どういうことかと言いますと、例えば、水を飲む行動を例にとりますと、喉が乾いた状態があって、水を飲んで、結果として喉が潤うということがあって水を飲むという行動が強化されているわけですが、この「確立操作」というのは、例えばその前、半日とか、飲水行動を制限した場合に結果として得られる、喉の渇きが癒されるということが、この水を飲むという行動に対して与える影響が高くなります。そういったことを「確立操作」と呼んでおります。行動療法というのは、この「強化」であるとか、「消去」であるとか、「確立操作」、「弁別刺激」といったパラメーターを操作することによって、例えば望ましい行動であれば増やしたいし、望ましくない行動であれば減らしたいというような構造になっております。

「罰」がどうしても行動療法の場合注目されて、非常に非人間的な治療ではないかというような見方をされることがあるので、けれども、「罰」というのは行動療法の中でも否定されています。と言うのは、この「罰」というのをを用いると、結果として「罰」がない状態になると、非常に自発的な行動がまたすぐに復帰してしまうということが知られていまして、治療法としてはこの「罰」は、もちろん倫理的にもよくな

ポスター 3



いですがけれども、効果も得られないと考えられています。

【ポスター 4】

症例の紹介をしたいと思えます。

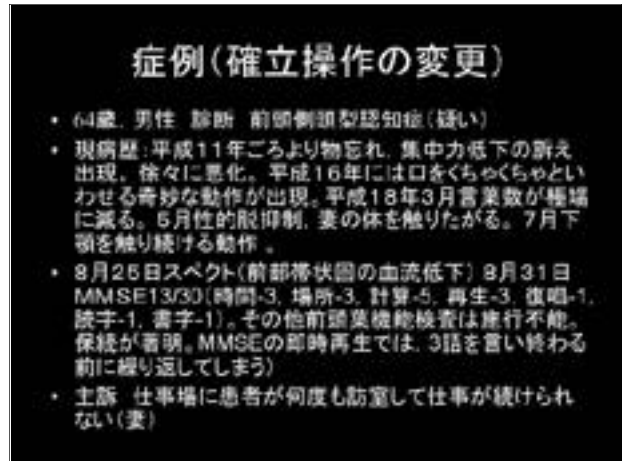
症例は前頭側頭型の認知症の疑いの方です。前頭機能を中心とした低下のある方で、介護者（奥さん）の主訴ですけれども、この方は自宅で介護をされていて、自宅で奥さんが仕事をされ

ている、つまり自宅兼仕事場がある状況でおられたのですが、そちらの仕事場の方に患者さんが何度も訪室をしてきてしまって仕事が続けられないというようなことを主訴に、来られました。「具体的にはどれぐらいの回数、訪室されるのですか」とお聞きしますと、午前中3時間の仕事の間に10回以上仕事場を訪ねてこられて、その度になだめて、自分のお部屋に戻っていただくということを繰り返しておられたということです。

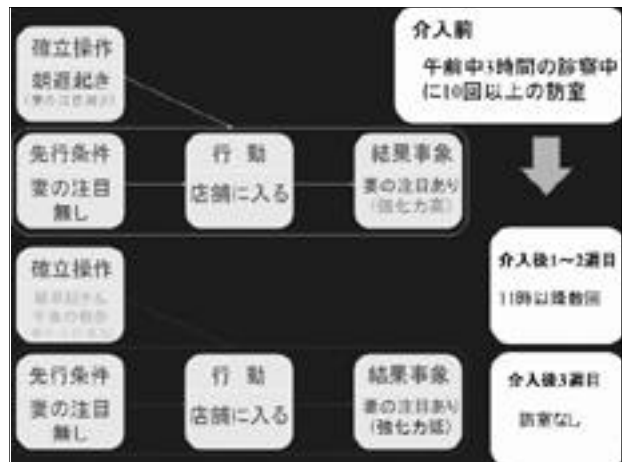
【ポスター 5】

それで、行動分析というのをするのですけれども、店舗に入ってくるという行動に関してどのような構造があるかと言いますと、店舗に入ってくる前というのは奥さんの注目が無い、自室で一人であるという状況ですが、店舗に入ってくると奥さんが注目をしてくれて、なだめたりとか食事を与えたりとかといったことでお部屋に戻す。そういった奥さんの注目が得られるといったことで、この行動が維持されていると考えました。それからもう少し大枠をお聞きすると、どうも、朝、その患者さんが遅くまで寝ている時に、店舗の方に入ってくる行動が増えるということが分かりまして、これは、患者さんが遅くまで寝ていれば、奥さんとしては、朝、患者さんに対応する時間が取られなくて済み、少し楽ができるということで、寝ている時はそのまま寝かしておられたのですけれども、どうも結果としては、そういった日の方が何度も店舗に来られて、非常に対応を迫られるということが分かりました。そこで、朝遅くまで寝ていて朝奥さんに会わない状態であるということが、この奥さんの注目を得るといふ結果事象の強化力

ポスター 4



ポスター 5



を上げているのではないかという判断で、とにかく朝遅くまで寝ているときであっても、起こして、仕事場に入る前に必ず患者さんに会ってしっかり対応してくださいというような形で介入していただくことをお願いしました。その介入をしていただいて、1～2週間の間は、やはり9時から12時までのお仕事の間、11時以降になって数回入ってこられたのですけれども、3週目には訪室がなくなるというような形の効果が得られました。

これが一つの例なのですけれども、この場合は奥さんがなだめすかして自室に戻すということをしていただけたのですけれども、そこでの対処を少し変えていただくとか、それから先行条件を少し変更していただくとか、色々な形で、そのケースそのケース毎に介入をしていくという形でしております。

【ポスター6】

お話しした例は、介護者の方がご本人に対してどう介入するかといった部分ですけれども、もう一つは我々が介護者の方にどうアプローチするかというのも行動療法的な構造になっておりまして、介護者の方が適切な介護をとった場合には、我々がそれに対して、誉め言葉であったりとか共感的な注目であったりとか、そういった事象を随伴することで適切な介護を維持するというような二重構造で、結果として患者さんの問題行動、行動障害が低下するように、という形でやっております。

ポスター6



【ポスター7】

現在までのところ、このような形で、強化の方法、消去の方法、確立操作の変更、プロンプト、弁別刺激とあるので、それぞれ3例、2例、4例、2例、3例と対応を積み重ねておりまして、一部は論文として発表しております。

ポスター7

患者への介入手法	例数
強化	3
消去	2
確立操作の変更	4
プロンプト	2
弁別刺激	3

※宮崎県、朝倉市、高齢者ホームにおいて好動行動を示した高齢者に対する行動分析学的対応—消去、タイムアウト、分化強化を用いた好動行動減少の試み—、高齢者のケアと行動科学 11(2): 5-15, 2005.
 ※宮崎県、行動分析学的対応によって認知介護施設における性的不適切行動を改善した一例、高齢者のケアと行動科学 12(2): 1-9, 2007.

【ポスター8】

このような形で今後は症例を積み重ねていきたいと思うのですけれども、今後の展開としては、神経心理学であるとか神経画像であるとか、薬物療法との

融合といったことを目指していきたいと考えております。どうしてもこれまでの神経心理学というのは、先ほどもお話に出ましたけれども、実験室内での前頭機能検査というのが多くて、実際の生活環境との関連が弱い面がありますので、そういった面を行動療法と絡めることで補っていきたいと思いますし、あと、抗精神病薬の治療についても、これまでとは異なる評価をしていきたくて考えております。

【ポスター9】

こういった介入を試みてのまとめです。

実際、行動を扱うということで、介護者にとって介入方法が明快で、結果も明確に評価できるということで、ある程度、介護者にとってもやり易いというか、理解し易い方法であるということが分かりました。それから、対応の一つ一つは個別なので

すけれども、どの部分に介入したかという理論的な背景がありますので、他の症例への介入の参考になるデータの蓄積が可能であるというような感想を持っております。ただし、介護者が適切な対処行動を理解して行っていただくだけの能力があるということが前提ですので、ちょっとそこが制限になるかなというところが、現状であります。

ポスター8

今後の展開

- 神経心理学、神経画像、薬物療法との融合
 - 従来の神経心理学は、実験室内での検査が多く、実際の生活環境との関連が弱い
 - 認知症においては抗精神病薬は焦燥などの行動面に効果があるとされ、精神病理を基にした統合失調症での薬効評価とは異なる評価が必要。

↓

- 脳障害の局在や認知機能障害のパターン、薬物の効果を確立操作と捉えて、先行条件、結果事象と構造的行動の関係がどのように変化するかを評価

ポスター9

まとめ

- 行動を扱う(背景の心理に関する推測は不要)ため、介護者にとって介入方法が明快で結果も客観的に評価できる。
- 対応は個別であるが、理論的背景があり、他の症例への介入の参考になるデータの蓄積が可能。
- 介護者に適切な対処行動を理解し、行うだけの能力が必要

〈 質疑応答はセッションの最後に行われました 〉