

# アルツハイマー病患者と家族は 記憶障害をどう体験しているか

荒井佐和子・片山禎夫<sup>1</sup>・兒玉憲一

(2010年10月7日受理)

How Do Patients with Alzheimer's Disease and Family Members Experience Memory Impairments?

Sawako Arai, Sadao Katayama<sup>1</sup> and Kenichi Kodama

**Abstract:** How patients with Alzheimer's disease (AD) and their family members experience the memory impairment and the disease was investigated. Patients with very mild to moderate AD ( $n=10$ ) and their family members ( $n=10$ ) participated in the study. Semi-structured interviews were conducted separately with the patients and the family members. Nearly all the patients with AD demonstrated some awareness of memory difficulties, but there were individual variations in the level of suffering. This was related to the role the patients played in their daily life, how they comprehended the memory impairment, and their coping style. Moreover, family members' awareness of patients' memory impairments and suffering differed, depending on the relationship with the patient. These results suggest that not only the severity of AD, but also psychosocial factors are related to the experience of AD by patients and their families.

**Key words:** Patients with Alzheimer's disease, awareness of memory impairment, coping  
キーワード：アルツハイマー病患者、記憶障害の自覚、コーピング

## 問題と目的

アルツハイマー病 (Alzheimer's disease; AD) は記憶障害や見当識障害などを中核症状とする認知症の代表的な原因疾患である。従来、AD患者本人から得られたデータはその障害の特徴により信頼性に欠け、利用できないと考えられていた (Boer, Hertogh, Dröes, Riphagen, Jonker, & Eefsting, 2007)。また、AD患者の特徴として自己の疾病に対する認識が欠ける「病識の欠如」や「自己洞察の困難さ」(須貝, 1994)が挙げられ、AD患者の語りは重要視されてこなかった。しかし近年、介護保険法の施行による認知症高齢者への関心の高まりや、「痴呆」から「認知症」への変更、AD患者本人が公の場でADの体験を語ることなどに

より、AD患者に対する理解が変化してきている。特に最近では、AD患者も自分の意見やニーズ、関心事を表明できることが認められるようになり (Boer et al., 2007)、AD患者の語りにも耳を傾けられるようになってきている。また、従来指摘されてきたAD患者の病識の欠如に関しても、特に軽度AD患者においては脳損傷の部位など生物学的要因のみではなく心理社会的な要因も考慮する必要が指摘されてきており (Clare, 2003)、実際の障害の程度と病識の程度との関連を検討するだけでなく、患者の行動的あるいは認知的対処や患者を取り巻く環境についても考慮する必要があると考えられる。

そこで本研究では、面接を通し、記憶障害を中心とした症状をAD患者及び付添家族がどのように捉え、対処しているのか検討することを目的とする。

<sup>1</sup> 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター

## 方 法

**調査対象者** 総合病院神経内科外来を受診中の患者と付添家族の中で、最軽度 AD～中等度 AD と診断を受けて 1 年以内の患者と患者の日常の様子をよく知る付添家族 10 組（診断からの調査までの期間平均 180 日 ( $SD = 129$ )) を対象とした。軽・中等度 AD の診断は、国立神経・意思伝達障害・脳卒中研究所 (National Institute of Neurological and Communicational Disorders and Stroke Disorders Association: NINCDS) 及びアルツハイマー病及び関連障害協会 (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association; ADRA) のワークグループにより作成された診断基準である NINCDS-ADRA (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price, & Stadlan, 1984)、最軽度 AD の診断は、Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tanglos, & Kokmen (1999) の記載に準拠し認知症専門医が行った。病名の告知は認知症専門医により患者と家族同席にて行われた。

**調査時期** 2010 年 5 月～ 2010 年 8 月

### 面接調査項目

患者及び付添家族に対して、心理士 1 名 (著者) が半構造化面接による面接調査を行った。

患者に対しては、記憶障害を中心とした症状の有無とそれに基づく気分変調の有無を聴取した (Table 1)。なお、自覚的症状や気分変調の報告があった場合、患者の対処法についても聴取した。付添家族に対しては、家族の病名告知の受け止め方、病名告知以前の患者の記憶障害への気づきの有無、患者の病名告知前後の様子、家族の変化について聴取した (Table 2)。

また、面接調査記録に基づき、臨床心理士 2 名が記憶障害の自覚・他覚の評価を 1 (ない)、2 (たまに)、3 (しばしば)、4 (しょっちゅう) の 4 段階評価にて行った。

**基本属性** 患者の年齢、性別、職業、各種神経心理学的検査結果及び付添家族の性別と続柄を用いた。なお、神経心理学的検査結果には、記憶検査であるリバミード記憶行動検査 (綿森・原・宮森・江藤, 2002) の Standard Profile Score (SPS) と認知症のスクリーニング検査である Mini-Mental State Examination (MMSE。森・三谷・山鳥, 1985) の総得点を用いた。SPS の得点範囲は 0～24 点で、健常者と最軽度 AD のカットオフ値は 16/17 (Kazui, Matsuda, Hirono, Mori, Miyoshi, Ogino, Tokunaga, & Ikejiri, 2005)、得点が低い程、記憶障害が重度であることを示す。MMSE は 23 点以下で認知症の疑いありと判定される。

**手続き** 対象者に対し個別の半構造化面接を行っ

Table 1  
患者に使用した質問項目一覧

問1	以前、先生の方から〇〇さんはどうも物忘れするご病気のようだというお話があったと思います。心当たりはありましたか？ありませんでしたか？
問2	何をすることも昔より一生懸命考えないといけないことはありますか、ありませんか？
問2-2	それで疲れやすくなっていますか、いませんか？
問3	思い通りに頭が働かなくてイライラすることはありますか？ありませんか？
問4	どうして自分が、どうしてこうなってしまったのだろうと思うことはありますか？ありませんか？
問5	物忘れがあるとされたとき、これからひどくなるのではないかと心配になる方がいらっしゃるのですが、〇〇さんはどうですか？
問6	これから先の心配がありますか、ありませんか？
問7	これまでのように物事をすんなりできなくなっていることがありますか、ありませんか？
問7-2	それで気分が落ち込むことがありますか？ありませんか？
問8	先生から、これから楽しむことを心がけるようにとお話があったと思いますが、これは出来そうですか？

Table 2  
付添家族に使用した質問項目一覧

問1	以前、〇〇さんの物忘れについて先生からお話があったと思いますが、そのときご家族はどう思われましたか？
問2	〇〇さんの物忘れにお気づきでしたか？診断が下りる前から、患者さんの中にはどうも自分は最近おかしいとイライラしたり悩んだりすることがあるのですが、
問3	〇〇さんはそんな様子はありませんでしたか、なかったですか？
問3-2	(あった場合) 家族の方は、それに対してどうしていましたか？
問4	診断を受けてから、〇〇さんに変わったことはありませんでしたか、ありませんでしたか？
問5	最近、〇〇さんに気分の変調はありますか、ありませんか？
問6	これからのことを考えて心配している様子はありますか、ありませんか？
問6-2	(あった場合) 家族の方は、それに対してどうしていますか？
問7	逆に、ご家族の方に変化はありましたか？

た。一人あたりの面接時間は 30 分程度であった。記録はその場での調査者の記録と、面接後に調査者がおこなった記憶逐語を用いた。面接は家族、患者の順に行った。

**倫理的配慮** 主治医より調査の許可があった対象者に対し、調査の目的・説明を行った上で書面による同意を得た。また、本調査は調査実施機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## 結 果

対象者の発言を以下にまとめた。発言内の答 1～答 8 は Table 1、2 の問 1～問 8 の質問項目の回答と対応している。なお、現在「痴呆」は「認知症」と呼称

が変わっているが対象者の発言はそのまま「痴呆」を用いた。

#### 事例A

**事例の概要** 患者Aは70代前半女性、MMSE = 24、SPS = 4、最軽度AD。職業は現役の著述家。付添家族は本人と同居している息子。告知後約1年。

##### 患者Aの答

答1：ずっと物忘れがあったと思う。自分では思わなかったけど、夫から同じことを言うと言われて、言ったことを忘れてる、自分もついに来たかと思った。頭の電気がついたり消えたり消えたり消えたりする。

答2, 3：そういうことはない。

答4：あるけど、遺伝子と思う、母がこうだった。

答5：ものすごくある。知り合いの人は「分からなくなるから気楽なもの」と言うがこれほどつらい病気はない。夜も眠れないときもあるが、どうにもならない。

答6：長生きするのが心配。(認知症が)進んであまりにみっともない姿をさらすのが…。分からない自分に、自分が苦しい。分からなくなることに苦しむ。忘れたことに苦しむ。

答7：そういうことはない。

##### 付添家族(息子)の答

答1：その通りだと思った。

答2：2, 3年前から同じことを言う。

答3：(実際に状況の変化があり)気力がなくなった。それで、最初うつかと思った。

答4：ボケたボケたと本人は言っているが、実際はよう受け入れられんようで、ボケとらんとも言うし、ショックを受けていた。ボケていく、物を忘れていくという恐怖心が本当に強いと思う。

答5：同じことを繰り返して話すし、思い出せないことにイライラしている。落ち込むこともあり、涙を浮かべて、生きとってもし方がない、苦しいと繰り返す。

答6：子がボケたらどうしようとそればかり。

答7：判断力はあるし、本当に認知症なんかと思うこともある。うつだけかもという思いもある。

**面接所見** 記憶障害の自覚は「しばしば」、他覚は「しばしば」である。Aは現在の症状は病気が原因であると理解し、病気に向かい合い、進行も意識している。将来に対する不安も述べており、全体として苦悩している様子が伺える。息子は認知症かうつかと悩む。

#### 事例B

**事例の概要** 患者Bは70代前半女性、MMSE = 25、SPS = 8、最軽度AD。主婦。付添家族は同居の夫。告知後8ヶ月。

##### 患者Bの答

答1：思いもしなかった。

答2, 3：ない。思う通りにやらせて貰ってるし。

答4：それもない。そういう性格なのかも。昔から、忘れるといけないから、手帳に予定は書き込んでいる。

答5：医学的にそうであると言われて、それに対して対処できるから、今はこの病院に来て、専門の先生に診てもらってよかったと思う。治ることはないかもしれないけど、(進行を)遅く出来るというか、予防できるというか。(診断名を)言われたときは、気分が、そうなの一つ、嫌ですけど、落ち込みません。そういう性格だから。

答6, 7：ない。

##### 付添家族(夫)の答

答1：物忘れを痛切に感じたことはまだない。認知症ですと言われても、その頃はそんなこと思いもしなかったし、言われて「ええっ!？」と感じだった。

答2：感じなかった。言われて気をつけるようにしたら、やっぱりね。

答3：なかった。

答4：本人はあの性格だから「お父さん、病気じゃけ、仕方ない、どうしようもない」と。

答5：さほどは。

答6：「私、わからなくなるから、ちゃんとしとって、病気だから仕方ないね」という感じ。

答7：言われて物忘れに気をつけてみると息子もお母さん、同じこと言うのとってということある。それも、言われて、そういう感じで見るとからか。

**面接所見** 記憶障害の自覚は「ない」、他覚も「たまに」。Bは家事が主な仕事であり、症状の認識は本人、夫とも低い。ただしBは忘れないように記録するという実際の対処を行っており、診断も前向きに捉えている。病気への理解に基づき、進行を予測した現実的な対策を講じている。Bと夫の話は一致しており、両者とも落ち着いている。

#### 事例C

**事例の概要** 患者Cは70代後半女性、MMSE = 25、SPS = 8、最軽度AD。主婦、夫の介護も行っている。付添家族は同居の一人娘。告知後約11ヶ月。

##### 患者Cの答

答1：物忘れいうのはない。少々はあるかもしれないけど。

答2, 3：年のせいかなーと思うくらいで、そう神経質に考えん。娘から見ると、違うのかもしれないけど。

答4：ない。

答5：別にそこまで考えていない。今からボケちゃ困る。娘も仕事があるしじいちゃん(夫)もおるし。

答6：ボケんといいが、と思うね。わからん、わからんってことはないよ。物忘れもそうないし。娘がどう

言うかは分かんけど。迷惑かけちゃいけないと思うね。

答7：ない。

#### 付添家族（娘）の答

答1：やっぱりそうだと思う。

答2：今までとやるのが違うのが半年くらいあった。

答3：認識に関わることなんだろうけど、よう忘れと言ってみたり、よう忘れるけど、最近は調子が良くなったみたいと言ってみたり。こちらからみると、良くなってないし、調子も良くないと思うけど、本人は。色んな意識が混じっているみたいだった。

答4：そう変わった様子はない。しっかりせんといけんから、治すんなら治してもらってって感じだった。

答5：診断後から病気が進んだ印象はない。でも、昨日、寝ばけていたのか、私と夕食を食べたのに、夜中に会って、「おかえり」と言った。

答6：昔から変わらない。

答7：今はいいけど、この先、どういう風に進行するんか、どうなっていくのか不安はある。

**面接所見** 記憶障害の自覚は「たまに」、他覚は「しばしば」。Cは家事と夫の世話が主な仕事であり、「今からボケちゃ困る」。物忘れはないと言った後に、物忘れは少しあるかもしれないと回答し、それは「年のせい」として「神経質に考えない」。その一方で「ボケ」の心配もし「色んな意識が混じる」。

#### 事例D

**事例の概要** 患者Dは80代後半女性、MMSE = 23, SPS = 10, 最軽度AD。主婦。同じく80代後半の夫と2人暮らしで家事全般を担当。付添家族は同居の夫。告知後約4ヶ月。

#### 患者Dの答

頭がぼやーっとする。スッキリする薬が欲しい。

答1：物忘れはええ（=しない）、主人はどう言うかわかんけど。忘れんよう一生懸命やっている。痴呆には漢方もらったが、スッキリはせん。

答2：しようと思うがせんからね、集中力もなくなって。なんでせんくなったのか…しようと思うが、やっぱり脳のアレかね。頭がぼやーっとする。杖をつかんといけんかったり、フラつく。足が悪いかね思うたり。

答3：そうかもしれんが、わからん。

答4：一度転んで骨折して、それから次から次に悪うなってるように思う。それまではシャンとせとった。今もやることは出来とるけど。

答5：そがいなことは。とにかく頭がスッキリしたい。

答6：そがいな心配はない。これから先、このままいったらどうなるだろうかと思うことはあるが。

答7：ない。

答8：頭がスッキリすればと思うが、年じゃから、諦めんといけんのか思うたり。

#### 付添家族（夫）の答

答1：嬉しうはないね。迷うばかり、どうしたらいいか。

答2：昨日も火の消し忘れがあった。生活費をなくしたことも。海外旅行に行ったのも全然覚えとらん。

答3：本人も前のことを「忘れた、忘れた」で。

答4, 5：それはない。

答6：先のことは心配していると思うが、僕に泣きついてどうこういうことはない。

答7：僕の方も、この先どうしようか思う。認知症がひどくなったら施設にいれんといけんでしょう、友達の奥さんがそうだった。認知症で、ひどくなって施設の、鍵のかかる大部屋に入れられて。その友達も（一人では生活できないから）施設に入って、2, 3年前に死んだですよ。そういうような運命たどるんじゃないかと心配です。

**面接所見** 記憶障害の自覚は「ない」、他覚は「しばしば」。Dは家事が主な仕事。Dは症状への認識はあり、「痴呆」という単語も用いているが、症状と病気との関連の認識は弱く、症状の原因は「脳」「足」「年」で、「今もやることは出来とる」と症状の生活への影響は否定。Dは症状にこだわることで先の心配は相対的に軽くなっているかもしれないが、夫婦ともども、将来どのようにすべきか現実的に差し迫った問題がある。

#### 事例E

**事例の概要** 患者Eは70代後半女性、MMSE = 24, SPS = 7, 最軽度AD。主婦。一人暮らし、生活は自立。近所に住む一人娘が付添家族。告知後約2ヶ月。

#### 患者Eの答

答1：少しどころじゃないような（苦笑）。今日が何月何日何曜日って分からで、自信がなくなって、新聞みて何日だったか確認するよう。

答2：民謡も一生懸命覚えようとするけど、横の人をチラッとみるよう。

答3：踊りが覚えにくい。自信がない。

答4：悩むことはない。主人を亡くして一人住まいだから分かんなくなったと、そのせいにしている。

答5：これ以上ボケたらいけんと思う。娘に迷惑をかけんようにしたいとしよっちゅう思う。仏さんに拜むようですよ、これ以上ボケんよう守ってねって。

答6：これ以上ボケないように、自分を叱咤激励したり、大丈夫と言いつける。

答7：踊りが覚えにくくなったけど、落ち込みはしない。前からボケボケしてたし。母が晩年ボケてたけ

ど、継いだかなと思ってみたりする。

#### 付添家族（娘）の答

答1, 2：やっぱりというか、きたか、という感じ。半年前から薄々は物忘れに気づいていたが、認めたくなくて。

答3：日にちの感覚が分かりにくい様子で、今日が何曜日で何をするか分からなくて不安な様子だった。

答4, 5：（診断を）あんまり分かってないような。

答6：（診断後は）このまま維持できれば、いう感じ。

答7：ある日、突然、全然分からなくなったらどうしようとか。本人も自分で何でもしなきゃっていう思いと、何か出来ることはしないとっていう思いがあるよう。前回の診察の後で、ここの先生の講演会が近所であって、それに母、行ったって報告があった。

**面接所見** 記憶障害の自覚・他覚とも「しばしば」。Eは独居、日常生活は自立。Eは症状の認識が高く、「ボケ」という単語も用いている。症状を独居の「せいにしてしている」が、覚えるよう努力し、進行を心配し「仏さんに拜」んだり「自分を叱咤激励したり大丈夫と言ひ聞かせ」たり、講演会に行ってみたりと様々な試みをしている。

#### 事例 F

**事例の概要** 患者 F は80代後半女性、MMSE = 22, SPS = 3, 軽度 AD。夫を早くに亡くし、会社を経営していたが2年前に引退。告知後約2ヶ月。付添家族は同居の息子。

#### 患者 F の答

答1：1年前から忘れがひどくなったように思う。ちょっと片付けで、ちょっと置こう、忘れんようにと思っているのに、忘れる。ふと忘れるのを一生懸命考えて、忘れんよう、考えるよう、考えるよう、あそこであーしてこうなったんじゃないかなろうかと、考えて、そうしたらぶっと思ひ出すこともある。全部が全部駄目ということもないけれど、全部が全部見つかるわけでもない。

答2：疲れるね。どうしても思い出さんと駄目になるんじゃないかって、思い出そう、思い出そうとするね。

答3：腹が立つ、自分で自分の頭が。相手のおっしゃることが自分に通じない。でも、相手に非があるんじゃないかって、自分の受け入れが悪いんだから、言えない。情けないが一番。なんでこういう頭になってしまったんじゃないろうか。

答4：イライラすることある。

答5：おそろしい。そうになったらどうしようかと思う。今のうちから何かできることはないだろうかと思ってみけど、何もなし。

答6：聞こえなくなったらどうしようか、目が見え

なくなったらどうしようか、歯が駄目になったらどうしようか、足が駄目になったらどうしようか、全部。

答7：全部駄目。

#### 付添家族（息子）の答

答1：ショックだった。まさか AD とは。でもそれなら仕方ないかと。

答2：物忘れはすごく感じていたが、病院受診に本人が否定的で中々これなかった。

答3：本人自身、自覚があったんだと思う。忘れないよう息子が書いて渡した予定表を何種類もコピーしてあちこちに貼っていた。それと「もう私は分からん」としよっちゅう言う。

答4：まだ病気という自覚はないようで、病院にくるのも説明が必要。

答5：最近寂しがり屋なのがひどい。

答6：息子のことを考えてのことと思うが、自分の葬式代など今後のお金の話を始めるととまらない。分からんようになっていっちゃいけない、今からという思いもあるようだが、自分のしたいようにしたいという気持ちもあると思う。

答7：いっぱいある。でもデイサービス使うようにして、そうしてやっていけばいいかと思う。

**面接所見** 記憶障害の自覚・他覚とも「しばしば」。ADの進行により仕事を引退せざるを得なくなったFは、自立した生活を喪失する怒りや不安、恐怖を抱いている。これ以上喪失体験を繰り返さぬよう非常な努力を自分に強いている。ただし、病気という意識は低い。息子はADと予測しておらず診断名にショックを受けつつも、受け入れている。

#### 事例 G

**事例の概要** 患者 G は80代前半男性、MMSE = 22, SPS = 5, 軽度 AD。元会社員。妻と2人暮らし。家事は妻が行う。付添家族は妻。告知後約3ヶ月

#### 患者 G の答

答1：自分のことを話していて、言いたい事がボツと頭から消えることがちょいちょいある。年じゃしね、思うとる。あらかじめ、人にも言うとかんよ、誤解を招くこともあるから。

答2：ないね。

答3, 4：宿命だと思つとる。どうしようもない。なんとかなるんなら、やってみるけど、そうじゃないし、しょうがない。それが正直なところ。忘れて、手がかりがないんだから。すぼーんとないから。手がかりがあれば、捕まえるために努力するけど、怒られても仕方ない。何を努力していいかも分からんのだから。クソみたいに言われてさびしい思いをする年寄りもいると思うよ。自分は割り切つとるけど。

答5, 6: これから先のことは具体的に考えてない。何か手を打たんといかんときがくるかなと思って。決して難しい問題ではなくて、そのときに手を打てば何とかなる。

答7: ないね。

#### 付添家族(妻)の答

答1: 物忘れに気づいたときから新聞の健康欄の記事を集めて、(診断聞いて)びっくりもしなかったし、おろおろもしなかった。

答2: 実は1年前のがん検診で、大動脈瘤が発見されて手術を勧められたけど、主人はもういい、手術はしないと。医師からは、今度この病院に来るときは救急車で来ることになるかもしれないと言われた。物忘れは、半年前はATMの操作が心もとないから付いて来てくれと言ってきた。2ヶ月前は、お金を下ろしに自分は行けんと、私に行かせた。

答3: 物忘れもひどくなって、「俺、最近物を忘れる」「覚えがないんだ」と言っていた。

答4, 5, 6: ない。

答7: 普通に接している。仕事していた頃はお酒を飲んで大変だったけど、最近は穏やかだから。

**面接所見** 記憶障害の自覚・他覚とも「しばしば」。Gは退職し無職であり家事も全て妻に任せている。生死にも関わらない姿勢であり、問題は生じていない。症状の認識はあり「年」、「宿命」と「割り切る」ことで対処している。また、問題に対しては妻に頼む、諦めるなど、具体的な対策を講じている。Gと妻の話は一致しており、両者とも落ち着いている。

#### 事例H

**事例の概要** 患者Hは70代後半男性、MMSE = 22, SPS = 2, 軽度AD。元運送業。妻と2人暮らし。家事は妻が行う。付添家族は妻。告知後約1年。

#### 患者Hの答

答1: 困ることはない。あれ(この前の検査は)あがった、緊張しとった。

答2, 3: ない。今でも車に乗れるし。若い人には勝てんが。

答4: まあ原爆において生き残ったんだからね。学徒動員でピカにあって同級生は死んだのもえっとおるし。

答5, 6, 7: ないね。昔に比べたら、力を出す仕事のとときに、衰えとるのう(と思うが)、諦めたね、仕方ない。

#### 付添家族(夫)の答

答1, 2: 他の先生に紹介されて来て、そのあたりから、ゆうたことをすぐ聞き返すから、おかしいなと思っていた。(診断をうけて)困ったな一と思いましたがね。自分が介護せにゃならんし、自分もいつなるか

分からんし、どっちが先、いうのもある。まー今、(本人は)車にも乗って、私が横に乗ってますし、本人、自分のことは自分でやってるからね。

答3, 4, 5, 6: (診断の前も後も本人に変わったこと)ないね。

答7: 私が同じようになったらどうしようか思うけど、他には。

**面接所見** 記憶障害の自覚は「ない」、他覚は「たまに」。Hは退職し無職であり家事も全て妻に任せており、問題は生じていない。症状の認識は低く、検査の失点は「緊張しとった」。昔に比べると体力的な衰えはあるが「諦めた、仕方ない」。Hと妻は病気の認識以外は一致しており、落ち着いている。

#### 事例I

**事例の概要** 患者Iは80代後半男性、MMSE = 22, SPS = 3, 軽度AD。元会社員。妻は数年前にADと診断を受けている。妻、息子夫婦、孫と同居。付添家族は同居の息子。告知後約11ヶ月。

#### 患者Iの答

忘れていけんねえ。自分では忘れとったろうとたまに思うくらいで。言われて、そうだったかねえと。自分で忘れてと思うことはない。自分で反省することはない。特に感ずることがないんじゃ、つまらんくなったもんよ。漠然と、そうかなと、思う。普通だったら、反発的に思いもするだろうけど、つまらんことよね。反応がないんだから。話し中に馬鹿じゃいうこと言われても、そうじゃったかのうと、反応がない。

答1: やっぱりと思った。ほやっとしとるからだろうね。全体的に、特に何いうことはないが(忘れる)。

答2: ないね。頭を使わん。

答3: あるけど、考えても仕方ない。

答4: ないね。

答5: あるけど、特に取り立てて考えん。

答6: 無いと言えは嘘になる、全体的に。

答7: あるが、具体的にはイチイチ覚えとらん。

#### 付添家族(息子)の答

答1, 2: 物忘れは多少あって、年相応なのかなと思いましたが、もし悪くなるのを防げるものなら防ぎたいと思って受診した。

答3: 「物忘れていけん」言うことがあったが、それで悩んでいる様子はなかった。

答4, 5, 6: ない。

答7: 家族も変わらない。もちろん、治るものなら、全国どこの病院に行っても診てもらおうが、治らないんだから。今でも新聞も毎日読むし、ニュースも見る。それに全て、1カ月前のことでも、大切なことであれば絶対忘れない。一番忘れるのは日にちで、でもあれ

は仕事を離れたら忘れてくるのが当たり前と思う。

**面接所見** 記憶障害の自覚・他覚とも「たまに」。Iは退職し無職であるが、妻が高度ADであり、その世話もある。症状の認識があり、自身を「つまらんくなった」と評価するが「取り立てて考えん」ことで対処。Iは自己像の変化を述べているが息子は変化の認識が少なく、両者の認識にズレがある。息子の発言からはADにかかりつつもしっかりしている父親を誇りに思う様子が伺える。

**事例J**

**事例の概要** 患者Jは70代後半女性、MMSE = 16, SPS = 0, 中等度AD。農業。夫婦二人暮らし。付添家族は別居（同じ県内）の娘。告知後4ヶ月。

**患者Jの答**

答1：しょっちゅう忘れる。日常の生活のことで、食事の準備は忘れないけど、洗濯物干し忘れてたりして、昼頃干すようになる、そういうとき。

答2：減多に出んようになって、昔は友達とよく遠くまで行ってたんだけどね。話が下手でね。

答3：料理が一番ね。何と何を入れて、何がどうしたらおいしく出来るか、分からんのです。

答4：（どうしてこんなに忘れるんかと）いつも思う。これほどじゃなかったんじゃが、思うて。人と話さんからかね。しょうがない、年のせいと思うようにしとる。

答5, 6：これからひどくなったら、どうすればいいんかと思う。主人がしっかりしているから、書類とかは書いてくれるから、あーいう心配はない。主人と一緒にいられんけ（=先に逝ってしまうかもしれないから）どうしよう思うこともある。でも娘が近くにいるからね。

答7：ない。

**付添家族（娘）の答**

答1：ADか認知（症）かどっちかとは思っていたけど、治らんADでショック。

答2：1年前くらいから物忘れはあった。あと、意欲も無くなって。

答3：「物をよく忘れるようになった、どうしてかな…」と言っていた。

答4：（診断後）「物忘れ、こりゃ治らんかのう、でも病院行かんと治らんけ、行きたくないけど行くかのう」という感じ。物忘れの認識はあるけど、ADの認識は…ADがどんな病気なんかいのは分かってないと思う。

答5：ない。

答6：不安はあると思う。

答7：父は変わった。病気でしょうがないと受け止めてさらっと流している。私は母ができないことを一緒にしたり。父も病気で動きづらいので父のことも心配。

**面接所見** 記憶障害の自覚は「しょっちゅう」、他覚は「しばしば」である。Jは高齢夫婦二人暮らしで、家事を担当しているが、病気により困難が生じている。症状の認識は高く、「年のせいと思うようにしとる」というが、どうしてこうなったか、人と話さないからなのか、これからどうしようかと問題に対し考え込んでいる。Jと娘では病気という認識の違いが見受けられ、娘は「治らん」診断名に対しショックを受けているが病気の認識は以前よりあった様子。

以上のことを、事例ごとに患者の性別、年代、重症度、付添家族の続柄、記憶障害の自覚及び他覚、気分変調の有無について Table 3 にまとめた。

**考 察**

記憶障害に対する患者及び付添家族の体験様式、患者の置かれた状況、患者の病気との折り合いの付け方、付添家族の続柄の違いについて考察を試みる。

**病気及び症状の体験**

病気や症状に対する認識は、「年のせいかなー（C答3）」といった加齢による多少の変化という認識の

**Table 3**  
事例ごとのまとめ

患者	性別	年代	重症度	付添家族の続柄	記憶障害の自覚	記憶障害の他覚	気分変調の有無
A	女性	70代前半	最軽度AD	息子	しばしば	しばしば	有(つらい)
B	女性	70代前半	最軽度AD	配偶者	ない	たまに	なし
C	女性	70代後半	最軽度AD	娘	たまに	しばしば	なし
D	女性	80代後半	最軽度AD	娘	ない	しばしば	なし
E	女性	70代後半	最軽度AD	配偶者	しばしば	しばしば	なし
F	女性	80代後半	軽度AD	息子	しばしば	しばしば	有(情けない)
G	男性	80代前半	軽度AD	配偶者	しばしば	しばしば	なし
H	男性	70代後半	軽度AD	配偶者	ない	たまに	なし
I	男性	80代後半	軽度AD	息子	たまに	たまに	なし
J	女性	70代後半	中等度AD	娘	しょっちゅう	しばしば	なし

者から、「痴呆になった（A答4）」といった病気という認識まで様々であったが、ほぼ全ての事例で自身の変化や症状及び病気に関する回答が得られた。地域のADや多発性脳梗塞による認知症患者を対象としたGillies (2000) の調査において、認知症患者の認知症体験に関連する発言は、(1) 加齢に伴う物忘れとしての認知症（「年のせい（C答3）」）、(2) 自己と以前の自分の能力及び他者との比較（「それまではシャンとせとった（D答4）」）、(3) 物忘れによる恥辱感（「腹が立つ、自分で自分の頭が（F答3）」）、(4) 物忘れに関する比喩表現（「頭の電気がついたり消えたり消えたり消えたりする（A答1）」）の4類型があることが見出されているが、本研究でも同様の発言は見られており、上記の4類型は最軽度～中等度ADにおいても共通する認知症体験に関する発言カテゴリであると考えられる。ただし、Gillies (2000) では、病気については取り上げず加齢と物忘れという観点で調査しており、本研究で見られた「物忘れする病気になったという自覚」に関連するカテゴリは認められていない。軽度AD患者の場合、治療に対する本人の意欲は高く、積極的にその原因を知り治療に対して前向きに取り組みたいと考える者が多いという報告（高橋・新妻・小野寺・山口・伊藤・下垣・渡部・柳田・杉山・森嶋・青葉, 2005）や、病名告知の必要性を認める考え方が時代の趨勢になりつつある（山下・小林・松本・藤野, 2004）現在、より患者のためになる告知を考えるためにも、症状だけではなく病名を含めてADを患者がどのように体験しているのかさらに詳しく検討する必要が高まってくると考えられる。

また、患者が置かれた状況は、患者に課せられた役割、つまり仕事や家事、介護の有無により分かれ、要請の高い役割（仕事を持つ者、家事分担者がいない家事負担者）を課せられた患者の方が病気や症状に対する認識は高い傾向が認められた。これは実際の障害の程度だけでなく、遂行すべき役割とその難易度、自分及び他者にとっての必要性により障害の目立ちやすさが変化するためであると考えられる。病識と実際の障害の程度や抑うつ気分について検討した先行研究は多いが、このような社会的要因に関する研究は見受けられず、患者がその人らしく生活するために必要な手段的及び情緒的サポートを考えるためにも、今後必要な視点であると考えられる。

また、病気や症状の理解及び対処は様々であり、これはBoer et al. (2007) が指摘するように、変化に対するコーピング (coping) 方略の違いが関連しているとも考えられた。

コーピングとは、ストレスフルな事態によって喚起

された情動的反応（ストレス反応）によって動機づけられ、それを解消することを目的としたあらゆる認知的及び行動的努力であり、具体的なコーピングには多くの種類が考えられ、研究者によって様々な分類が試みられている（岡安, 1997）。

たとえば、Boer et al. (2007) では、認知症患者のコーピングとして5つのタイプ（否認・回避、最小化・一般化、生活の継続と抵抗、埋め合わせ、病気との折り合い）を提案している。

本研究でも、「否認・回避」としては「困ることはない（H答1）」という病気や症状の存在の否定や「取り立てて考えん（I答5）」という回避的対処、「最小化・一般化」としては「対処できるから、今はこの病院に来て、専門の先生に診てもらってよかった（B答5）」という補償、「年じゃしね（G答1）」という病気や症状の大きさの低減、「生活の継続と抵抗」としては「今もやることは出来とる（D答4）」という以前と変わらない生活の強調、「埋め合わせ」としては「予定は書き込んでいる（B答4）」、「あらかじめ、人にも言うとか（G答1）」という記録や周囲の援助の活用という形で認められた。「病気との折り合い」に関してBoer et al. (2007) は、診断の受容や状況に適應するために情報を得たり、希望と絶望のバランスをとろうと努力したりすることを挙げられており、これはコーピングの目的を重視した概念であると考えられる。本研究で情報収集を行っていたことが確認された患者はE（講演会への参加）のみであったが、日本の高齢者を対象とした下山・金光 (2005) の研究においても、健康に関してテレビなどを通して情報収集し活用している者は少ないという結果が得られており、情報収集というコーピングを日本の高齢者は取りにくいとも考えられる。多くの対象者は既述したような様々なコーピング方略を用いながら病気との折り合いをつけようとしていた。

また、コーピングはストレス反応を低減するための方略であるが、同じような出来事でもそれがストレスとなるか否かは個人の認知的評価によって規定され、その認知的評価も個人要因及び環境要因により影響を受ける（岡安, 1997）。上述の認知症患者の5つのコーピング (Boer et al., 2007) の中の「否認・回避」の「否認」と同様の発言が認められたHに関しては、障害が目立たない生活状況であり、付添家族にも切迫感はなく、ADという診断を受けたことがHにとってストレスと成り得ていない可能性も考えられる。このように「否認」というコーピングは認知症という診断がストレスになっていない場合も含まれる可能性があり、カテゴリとして適切かどうか疑問が

残る。また、病気や症状を認識した上での、より意識的な対処である「回避」と「否認」は本質的に異なる可能性もあり、両者を分けて検討するべきであると考えられる。

さらに、主に用いているコーピングと患者の気分状態についてみると「回避」、「最小化・一般化」が多い者は「ボケんといいが（C答6）」と将来の不安を述べる傾向があり、「埋め合わせ」を用いる者は「何とかなる（G答6）」と先行きに対する不安は少ない傾向が見受けられた。「病気との折り合い」においては、他のコーピング方略を用いず真正面から病気と向き合っていたA、Fにおいて不安定な状態が認められたが、Hを除く他の対象者は複数のコーピングも使いながら病気や症状に折り合いをつけようとしており、おおむね安定した状態が認められた。これらのことから、患者の精神的安定には単に病気に向き合うだけが望ましいとは限らず、実行可能な複数のコーピング方略を用いて病気と付き合うことが望ましいと考えられる。

#### AD患者の苦悩

これまで述べてきたように、AD患者は様々な方法でADという脅威から自分を守っていると思われるが、本研究において、病気や症状に対する苦悩が強い事例が2事例認められた。

事例Aでは、症状の自覚と病気の理解があり、現在の症状に対する苦しみとともに、進行を予期した苦しみを述べていた。Aは著述家として講演や執筆の依頼を日常的に受けるほどの能力の高さがあり、社会的活動はAにとってライフワークであると推測される。そのようなAにとって「頭の電気がついたり消えたり消えたり消えたり（A答1）」するという自己の変化は到底受け入れ難いものであると同時に、ライフワークを中断しなくてはならない可能性を示唆するものであったと思われる。さらに、これまで築き上げてきた社会的自己を自分自身で壊してしまうのではないかと不安をも生じさせていたと考えられる。特に、自分の母親が認知症であり、その姿を見てきたAにとって、その不安はより現実的なイメージとして存在し「長生きする心配（A答6）」に至っていると思われる。

事例Fも同様の仕事に対する意識があったと思われるが、事例FではADの進行により実際に仕事を引退せざるを得なくなっていた。この体験自体Fにとって受け入れ難い出来事だったと推測されるが、さらに、1年前から自覚している物忘れの悪化は、自立した生活も失われてしまう可能性を示唆するものであると推測される。そのため「思い出さんと駄目になる（F答2）」という発言に示されるように、喪失体験を繰り返

返さぬよう思い出すための非常な努力を自分に強いていると考えられる。

前述したように他の対象者はBoer et al. (2007)の具体的なコーピング方略を用いて病気と折り合いをつけようとしていた。しかし、実績に基づく高い有能感を抱くA、Fには、回避（考えない）や一般化（年のせい）などというコーピング方略は取りにくく、有能な自己像の崩壊に苦悩したと思われる。このような最軽度及び軽度AD患者の心理的支援においては、ADの影響が少ない趣味や地域活動などの領域で新たな役割を見つけ出すよう援助することが望ましい（黒川、2004）と考えられる。

#### 付添家族の病気の理解と対処に関連する要因

本研究で対象とした付添家族の続柄は配偶者と子に分かれ、配偶者が付添家族であったのは、4事例あった。配偶者の性別がADの重症度により異なっているため、詳しい検討はできないが、全体として付添家族が配偶者である場合、ADという診断にショックを受けることなく、緩やかに受け入れていく傾向が伺われた。これは、介護家族においては配偶者が最も客観的に患者の病気を受容していたという報告（竹内・鈴木・矢富・福岡・大山、2004）と一致する結果であると思われる。

それに対し、付添家族が子である場合、診断に対し「ショック（Fの息子の答1）」という言葉が見られ、配偶者である場合と異なった反応が見られた。また、子でも息子である場合と娘である場合には若干の違いがみられた。息子の場合は、診断（認知症）の受け入れが難しいと思われる発言（「本当に認知症なんか（Aの息子の答7）」）が見られ、親を誇りに思うがゆえに、自己の親像の変化に戸惑いが生じていると思われた。なお、前述した自己像の変化を報告した患者の付添家族はすべて息子であり、親子とも、新たな本人像及び関係性の構築という課題があると考えられる。一方、娘の場合は、進行を心配する発言が見られた。本研究の対象となった娘は、すべて一人娘であり、自分も家庭を持っているため、このような反応が見られたと思われる。さらに、付添家族が娘だった患者はすべて同性の親、つまり母親であり、娘にとってこれから行きつく自分（渡辺、2005）であり、そのことも、進行を心配する発言につながったと考えられる。このことは、娘として認知症の母親に接した経験がある事例Aが忘れることへの恐怖心や進行に対する不安が大きかったことから伺える。

以上のことから、今回の対象となった患者はほぼ日常生活は自立しており、介護の必要度は低かったことが推測されるが、介護が始まる以前より、患者の家族

も心理的困難や課題に直面している場合があることが示唆され、社会的サポートだけでなく、心理的サポートも必要であると考えられた。

また、一般的に、認知症の人の家族の発言は信頼できる情報として重要視されるが、付添家族の続柄により、病気の理解や対処が異なってくるのが考えられることから、家族の話を書く際にはその家族の続柄について留意する必要があると考えられる。

#### まとめと今後の課題

AD患者は何も分からないという理解から、感情は保たれるという理解に移り変わってきているが、今回の調査からは、最軽度から中等度までのAD患者は自分の置かれた状況を患者なりに理解し、自分の人生の中に組み込もうとしていることが伺われた。

また、AD患者の気分の変化や苦悩に病前の自己像のあり方が深く関わっていることが明らかとなった。

今後は対象者を増やし、患者のおかれた状況や患者のコーピング、感情状態、付添家族の続柄といった要因を考慮しつつ、患者のADの体験や付添家族のADの理解とコーピングについてより詳しく検討する必要があると思われる。

#### 【付記】

調査にご協力いただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

#### 【引用文献】

- Boer, M. E., Hertogh, C., Dröes, R., Riphagen, I. I., Jonker, C., & Eefsting, J. A. (2007). Suffering from dementia - The patient's perspective: A review of the literature. *International Psychogeriatrics* 19, 1021-1039.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: Awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 57, 1017-1029.
- Gillies, B. A. (2000). A memory like clockwork: Accounts of living through dementia. *Aging & Mental Health*, 4, 336-374.
- Kazui, H., Matsuda, A., Hirono, N., Mori, E., Miyoshi, N., Ogino, A., Tokunaga, H., & Ikejiri, Y. (2005).

Everyday memory impairment of patients with mild cognitive impairment *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 19, 331-337.

- 黒川由紀子 (2004). 痴呆性疾患に対する心理療法 老年精神医学雑誌, 15, 283-488.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS -ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939-944.
- 岡安孝弘 (1997). 健康とストレス 島井哲志 (編) 現代心理学シリーズ15 健康心理学 培風館 pp. 99-109.
- 森悦朗・三谷洋子・山鳥重 (1985). 神経疾患患者における日本版 Mini-Mental State テストの有用性 神経心理, 1, 82-90.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tanglos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment; clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- 下山育子・金光義弘 (2005). 高齢者のストレスの分類とコーピングに関する研究 川崎医療福祉学会誌, 14, 267-275.
- 須貝佑一 (1994). アルツハイマー型痴呆にみられる特異な症状 老年精神医学雑誌, 5, 177-182.
- 高橋忍・新妻加奈子・小野寺敦志・山口登・伊藤幸恵・下垣光・渡部廣行・柳田浩・杉山恒之・森嶋友紀子・青葉安里 (2005). 痴呆患者への病名告知の研究—アルツハイマー型痴呆患者本人の意向— 老年精神医学雑誌, 16, 471-477.
- 竹内志保美・鈴木みずえ・矢富直美・福岡欣治・大山直美 (2004). 痴呆専門外来患者の家族の介護と痴呆の受容 老年精神医学雑誌, 15, 527-537.
- 綿森淑子・原寛美・宮森孝史・江藤文夫 (2002). 日本版リバーミード行動記憶検査 (解説書) 千葉テストセンター.
- 渡辺俊之 (2005). 介護者と家族の心のケア 金剛出版.
- 山下真理子・小林敏子・松本一生・藤野久美子 (2004). アルツハイマー病の病名告知と終末期医療に関する介護家族の意識調査 老年精神医学雑誌, 15, 434-445.