

秋田県認知症疾患医療センター便り

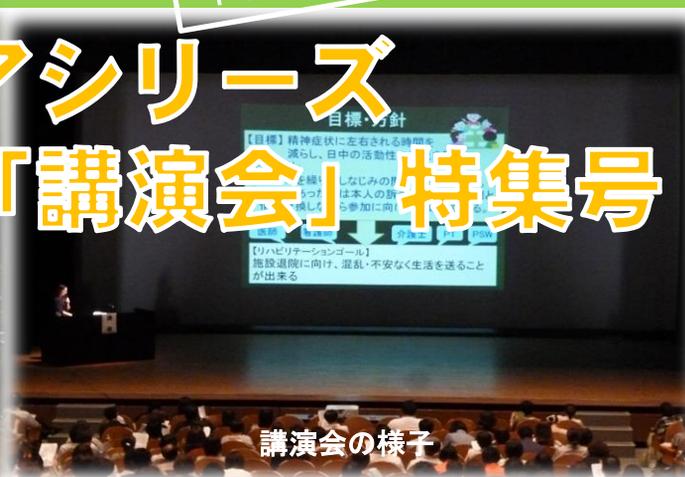
平成29年9月発行 NO.9

第10回認知症ケアシリーズ

「講演会」特集号



大仙市協和市民センター「和ピア」



講演会の様子

平成29年7月14日(金)に大仙市協和市民センター「和ピア」にて、リハビリテーション・精神医療センター主催による、第10回認知症ケアシリーズ「講演会」を開催しました。認知症ケアシリーズは県内の介護施設職員を対象として、当センターの取組み紹介と問題点の共有を図ることを目的とし、認知症医療における地域との連携強化のため毎年開催しています。今回はBPSDをテーマとし、症状や対応方法、リハビリテーションの効果などについて、医師、看護師、作業療法士による講演を行い、県内の施設職員391名と多数の方々の参加がありました。研修会後のアンケートでは「受診拒否があり、医療機関へ連れて行けない」「様々な症状に対してどのように対応したら良いか分からない」「家族の理解が得られない」等の意見がありました。専門医療機関として受診に結びつけられるよう、かかりつけ医や介護関係機関等との更なる連携強化や対応方法、一般住民へ認知症について情報発信していく必要があることなど、今後の研修会の企画や連携を図っていく上での問題点を共有する良い機会になったと思います。そこで、今回も講演概要の一部についてご紹介させていただきます。なお、当日参加された方々におかれましては、会場の空調設備及び音響設備の不具合により、お聞き苦しい点がありましたことを、紙面を借りてお詫び申し上げます。

当日のプログラム内容【テーマ：BPSDについて】

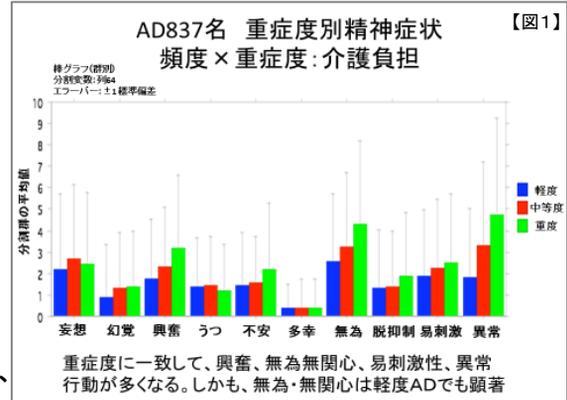
- 講演1「認知症の行動・心理症状について～BPSDの薬物療法～」
副センター長 医師 下村 辰雄
- 講演2「アルツハイマー型認知症者のBPSDへのケア」
認知症看護認定看護師 北埜 さつき
- 講演3「BPSDのケアのポイント～3事例から振り返る～」
看護師 栗津 真子、藤田 繁美、
大山 由香(精神科認定看護師)
- 講演4「作業療法の取り組みによってBPSDが軽減した症例」
作業療法士 今野 梓
- 講演5「認知症患者の食欲不振に対する
リバスチグミンの治療効果」
認知症診療部長 医師 笹嶋 寿郎



「認知症の行動・心理症状について～BPSDの薬物治療～」

副センター長 医師 下村 辰雄

認知症の症状には、程度の差はあるがすべての認知症者にみられる中核症状(記憶、見当識障害、判断力低下など)と周囲の人との関わりのなかで個別にみられる行動・心理症状(BPSD)があります。行動・心理症状は中核症状や元々の性格、身体的・心理的・環境等の要因によってみられ、症状としては、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無為・無関心、脱抑制、易刺激性、異常行動などがあります。そして、アルツハイマー病患者の精神症状を重症度別にみってみると(図1)、重症度に一致して、興奮、無為・無関心、易刺激性、異常行動が多くなっている。しかも、無為・無関心は軽度アルツハイマー病でも顕著であるため、早期発見・早期治療には無為・無関心の症状を見逃さず誰かが気づくことも大切です。また、無為・無関心を放置すると認知症の重症化や廃用症候群に至ることがあるため、介護サービスを利用するなどし、悪循環を断ち切る必要もあります。



認知症の治療は一般に薬物療法、リハビリテーションなどの非薬物療法、適切なケアの3つを組み合わせで行われます。行動・心理症状においては、初めに非薬物療法の検討が行われますが、非薬物療法にて症状が改善しない場合に抗精神病薬等の投与による薬物療法が行われます。薬物療法による注意点としては、服薬の管理と薬効を客観的に把握できる人が必ず存在する必要があります。そのため、服薬管理が困難な場合は投与してはいけません。また、投与する際は少量から開始し、漸次最小量で増加する。複数の薬剤を使用せず、可能な限り1剤で治療する。服薬回数の少ない薬剤を選択する(可能ならば1回)。薬剤の過剰作用あるいは副作用に常に注意し、家族にもその旨を十分に説明する。完璧な薬効を目指すも投与量が増加し予想外の副作用が生じる可能性もあるため、本人ならびに家族がともに快適に生活を過ごせればよしとする。そして、常に薬剤の減量あるいは中止を考えながら経過をみていく必要があります。

最後に認知症の方を支えていくには、薬物療法も必要ですが、その方の状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、介護・医療・地域サポートなどが連携していく必要があります。また、地域の認知症支援体制を構築し、地域の実情に応じて認知症の人や家族を支援していく必要もあります。

「BPSDのケアのポイント～3事例から振り返る～」

看護師 栗津 真子 藤田 繁美 大山 由香(精神科認定看護師)

高齢者は認知症になる方が多いとされ、認知症の症状の行動心理状態 BPSD(Behavioral and Psychological symptoms of Dementia 以下BPSDと略する)のケアが、症状の改善に重要だといわれています。そこで今回は、BPSDのケアのポイントについてお話したいと思います。

BPSDは個人、疾患などの個別的な環境に影響を受けるためケアのポイントにも個別性が見られます。BPSDは無くなることはないですが、対応によってはその状態は改善し生活のしやすさにつながります。つまり認知症のケアは、BPSDがあってもその人らしい生活が送れるように支援することであり、このことが大事です。

認知症は、完全治癒が難しい病気です。いろいろな対応が工夫され、その積み重ねが、BPSDの対応の礎となるのではないのでしょうか。「介護の完璧をもとめない」と長田医師が話しています。ケアに携わる皆さんの役割は大きいと思います。ケアの成果はすぐに出ません。長期的な関わりとなるので、頑張ることも大切ですが、休息(レスパイト)をとり、余力をためておくことも必要です。スタッフのある一言ですが、脱抑制で抱きつきをする方に対して、「外人の挨拶と思えばいい」と話していました。いい一言ですね。見方を変えたら気持ち楽になりました(しかし、外人は役得ですね)。

最後に今年秋田ではねんりんピックが開催されました。そこでは高齢者が生き生きと自分らしさを発揮できるんです。たとえ認知症を持っていてもその人らしさが発揮でき、いきいきと出来れば良いですね。あなたも私も笑顔で暮らせるそんな社会でありたいと願います。

BPSDのケアのポイント

- ①対象者をありのままに受け止める
 - 幻覚・妄想など本人を否定せず受け止め、安全・安心感をもってもらう。
- ②BPSDに沿ったケア
 - 本人のBPSDを受容し、BPSDのパターンにあわせてケアする。
- ③日常生活のリズムを整える
 - 作業療法に参加するなど、なじみの安心できる環境を整え、日中の覚醒・夜間の睡眠に繋げる。
- ④全身管理
 - BPSDの身体的要因を取り除く。
- ⑤チーム(本人・家族・スタッフ等)で対応
 - チームメンバーのフォローや受容。休息を取り余力をためておくことも必要。

「アルツハイマー型認知症者のBPSDへのケア」

認知症看護認定看護師 北埜 さつき

認知症者のBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) は、以前は“問題行動”や“迷惑行為”と呼ばれていました。しかし、認知症者は、ご家族や私たちケア提供者に対して「問題を起こしてやろう」「迷惑を掛けてやろう」と思っているわけではありません。“何かしらの事情”があって、他者にとって問題、迷惑と思われてしまう言動が現れているに過ぎません。私たちケア提供者には、認知症者自身が困っていることやBPSDの裏にある“何かしらの事情”を汲み取り、安心して生活できるよう配慮する義務があります。

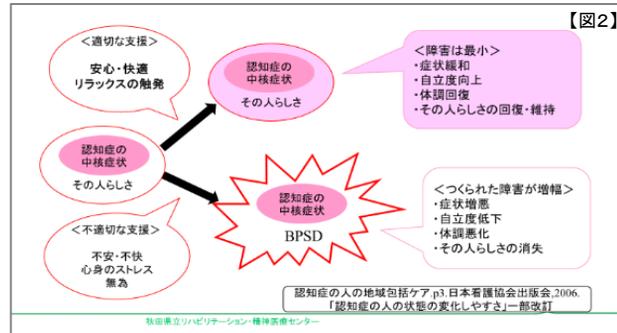
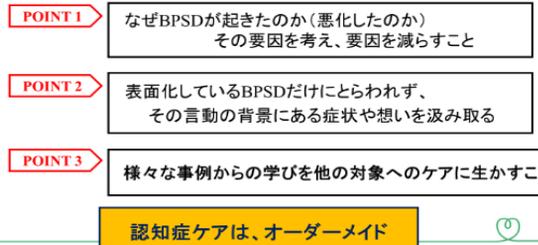
講演会の中では、2事例のアルツハイマー型認知症者のBPSDをもとに「生活史を活用した心地よいケアの導入」「居場所があること」が有効で、帰りたい気持ちは消えないこと、「うまくいったケアの共有」が大切で、「全てのBPSDが治るわけではないことを念頭に置き、無理しないこともケアのひとつで、ケアを実施しないという選択もある」ということを説明しました。しかしながら、どのようなタイプの認知症であってもケアの根幹は同じです。図1のBPSDへのケアのポイントをご参照ください。

また、図2のように、適切な支援が認知症者に有効であることを知っておくことも大切です。認知症ケアには“これが絶対よい”、“これなら絶対うまくいく”というものはありません。一人ひとり、顔や性格、生活環境が異なるように、認知症者の心地よいと感じるポイントも一人ひとり違うものです。これが“認知症ケアはオーダーメイド”と呼ばれている所以です。

これからも、認知症者が安心して過ごせる環境や対応について学んだことを共有し、私たちのケアの引き出しを増やしていきたいものですね。

BPSDへのケア

【図1】



「作業療法の取り組みによってBPSDが軽減した症例」

作業療法士 今野 梓

認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) は中核症状である認知機能障害以上に患者さんの生活の質を著しく低下させ、介護者の負担も増大させることが知られています。

作業療法では個々の対象者の能力に応じた活動を提供し、その人が少しでも落ち着いた時間や場を過ごし、結果BPSDの軽減にもつなげることができるよう日々関わっています。

例を挙げると日中病棟にて臥床がちに過ごす方には、活動機会を提供することで不活動を防ぎ機能維持を図ることが重要です。しかし「訓練」と誘っても面倒くさい、必要ないなどと拒否されることがよくあります。その際は本人が主体的に活躍できる場、例えば車椅子押しの手伝いや体操の号令がけを依頼することで、周囲の手助けができた、役に立てたという有能感を感じ、その後の参加は拒否がなくなりました。一方、落ち着きがなくなると立ち上がって徘徊したり、他人の部屋に入ってトラブルに発展する方がいます。作業療法では本人が行える課題を見つけ取り組んでもらうことでその時間だけですが落ち着いて座っていられる時間を提供でき、問題行動の回避につながりました。こうした行動面の変化は退院後の生活プランにも活用できるもので、私達作業療法士は日々の訓練の中からヒントを見つけ個別性をもって関わるようにしています。



BPSD軽減に向けた作業療法の役割

- まずは1人1人の今ある能力を最大限に引き出すために作業療法ではその人がどのような人なのかを捉える事が大切になります。
- さまざまな活動を通して働きかけ、その反応から介入の糸口を発見することが必要となります。他職種との情報共有、連携も重要となります。
- その人にとって意味のある作業を提供することが、退院後の生活の中においてBPSDにも良い影響を与えるのではと思われます。

アンケート質問事項への回答(利用者・ご家族等からよく相談を受け困っていることなど)

Q: 家族が認知症ということを受け入れできない。また、認知症の理解がないため対応に苦慮することがある。

A: 家族を支援するうえで、介護家族の心理状況を理解し、接していくことも必要です。

心理学で、ステージ理論といわれているものがあります。必ずしもすべての介護者に当てはまるわけではなく、この通りの順に進むわけでもありませんが、介護者の気持ちは下記ステージのように変化していきます。

心理状況の変化の過程で徐々に介護に慣れて、本人にうまく対応できるようになるには、病気に関する知識や介護のノウハウを知るなどが必要です。そのため、支援者は家族に対して認知症に関する知識などを情報発信していく必要があります。また、同じ立場である介護者同士で話をする 것도大切ですので、家族会や認知症カフェなどについても情報提供していくことも必要です。しかし、病気になる前までの本人との関係によっては、本人を受け入れることが難しい場合もあります。その場合も、介護家族の心理状況を念頭に置き、理解が得られるよう根気よく関わっていくことが必要になってくると思われま

◆第1ステージ 【認知症の診断を受けたときや、不可解な行動に気づいたとき】

驚き・とまどい・否認 ・いつもと違う行動に気づき、驚き、とまどう。病気だということを認めたくない。

◆第2ステージ 【ゆとりがなくなり、追いつめられる】

混 乱

・精神的、身体的に疲弊し、わかってはいるけれど辛くあたってしまう。

怒り・拒絶・抑うつ

・「なぜ自分が・・・」「こんなに頑張っているのに・・・」と理解してもらえないことに怒りを感じる。
・認知症の人を拒絶するようになり、そのことで自己嫌悪に陥ったり、うつ状態になったりする。

◆第3ステージ 【なるようにしかならない】

あきらめ
開き直り
適 応

・怒ったり、いらいらしても仕方がないと気づく。
・なるようにしかならないと思う。自分を「よくやっている」と認められるようになる。
・認知症の人をありのままに受け入れた対応ができるようになる。

◆第4ステージ 【認知症の人の世界を認めることができる】

理 解

・認知症の人の症状を問題としてとらえなくなり、相手の気持ちを深く理解しようとする。

◆第5ステージ 【自己の成長、新たな価値観を見出す】

受 容

・介護の経験を自分の人生で意味あるものとして、位置付ける。自分の経験を社会に生かそうとする。

引用・参考文献: 認知症介護研究・研修大府センター「若年性認知症ハンドブック(改定版)」

Q: 認知症はどのように進行していくのか?

A: 同じ認知症でも、原因となる病気によって症状や進み具合も異なります。

アルツハイマー型認知症(以下AD)の症状は、緩やかに進行します。まず、もの忘れに始まり、同じ事を何度も繰り返すなど、通常の高齢者にもみられるような状態から始まりますが、今日が何月何日だか分からないなどの時間の見当識障害、近所でも迷子になる・家の中でもトイレが分からなくなるなどの場所の見当識障害がみられてきます。その後、自分の子どもに名前を尋ねるなどの人物の見当識障害がみられるなど、時間・場所・人物と見当識障害が進みます。経過の中で、様々な要因により、「徘徊」「妄想」「大声を出す」といった行動心理症状も多くなります。末期になると、会話を交わすことができなくなるなどの言語能力・表現機能の低下、1人では食事やトイレが難しくなるなどの身体機能の著しい低下などがみられ最後は寝たきりとなります。

レビー小体型認知症(以下DLB)の症状は、初期において、幻覚(特に幻視)がみられることです。人物や小動物、昆虫など極めてリアルティがあるのが特徴です。こうした幻視に加えて、抑うつ症状、もの忘れなどがみられます。もの忘れより「幻視」や抑うつ症状が目立つことが多いため、認知症であることが見過ごされる場合があります。さらには、身体が硬くなったり、動作が遅くなる、小刻みでバランスの悪い歩き方になるなどのパーキンソン症状などがみられることも特徴のひとつです。また、もの忘れが顕著になるなど、ADに似た症状もみられてきます。認知症症状に加えてパーキンソン症状も進行することから、転ぶ危険が高まります。転倒をきっかけに寝たきりになることも少なくないため、注意が必要です。また、睡眠中に大きな声でストーリーのある寝言を言ったり、笑ったり、説教するなどのレム睡眠行動障害も見られる場合があります。

脳血管性認知症(以下VaD)は、脳梗塞などの脳血管障害によって神経細胞が障害を受けることで発症します。

症状は脳血管障害の再発などにより、段階的に悪化する傾向があります。また、脳機能が全体的に低下するのではなく、部分的に障害されるため、記憶障害が著しい割には、判断力や理解力は比較的よく保たれているなど、低下する機能としない機能にむらがあるため「まだら認知症」と呼ばれる状態が多いのも特徴です。主な症状としては、意欲がなくなる、集中力がなくなる、自分の感情を抑えきれずに爆発する・涙もろくなるなどの感情失禁、自己中心的で怒りっぽくなるなどの性格の変化、言語障害、歩行障害などがみられます。

そして、ADでは女性に多く、DLB・VaDでは男性に多いのが特徴です。

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

秋田県認知症疾患医療センター

〒019-2492

秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田352

TEL 018-892-3751 FAX 018-892-3816

<http://mcd.akita-rehacen.jp/>

相談時間 一月曜日～金曜日 9:00～16:00(祝祭日は除く)