

## 第13回認知症ケアシリーズ 「講演会」特集号

### 当日のプログラム内容 【テーマ：認知症者の睡眠障害】

- 講演1『認知症診療における睡眠障害の治療』  
副病院長 笹嶋 寿郎
- 講演2『認知症の睡眠障害がある方  
の転倒・転落予防』  
看護師 山本 光美
- 講演3『生活リズムの適正化を図るケア』  
看護師 北埜 さつき
- 講演4『認知症における関わり方の実際  
～生活リズムの構築を目指して～』  
作業療法士 滝沢 綾希子
- 講演5『認知症例における転倒予防  
～トレーニングと歩行補助具の選定～』  
理学療法士 今 直樹



講演会の様子

令和3年12月24日(金)にリハビリテーション・精神医療センター講堂にて、第13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、当センターの取り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開催しています。昨年度はコロナ禍にて開催を休止しましたが、今年度はWEB・オンデマンドも利用して初のハイブリット形式で開催しました。

今回は『認知症者の睡眠障害』をテーマとし、症状や治療、転倒・転落予防、生活リズムの適性化を図るケアや構築などについて、医師、看護師、作業療法士、理学療法士による講演を行い、県内の施設職員現地29名、WEB約89名、オンデマンド約249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」「徘徊・介護拒否など行動・心理症状の対応に苦慮している」等の意見

が多くありました。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、対応方法や認知症について一般住民や介護関係施設へ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します(講演1の掲載はありません)。

なお、当日は初のハイブリット形式での開催で進行など不慣れであったことや通信機器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。



## 『認知症の睡眠障害がある方への転倒・転落予防』

6病棟 看護師・介護福祉士

山本 光美 阪田 浩美 伏見 澄佳 斉藤 益子 青柳 祐佳

当病棟では、50床の認知閉鎖病棟で行動・心理症状が顕著、あるいは重度認知症例において睡眠障害に対して環境調整、理学および作業療法、新規睡眠薬を主体とする薬物療法による多面的な治療を行っています。2021年1月から10月までの入院患者は81例、平均年齢は81歳です。認知症の原因疾患の内訳はレビー小体型認知症が43例、アルツハイマー型認知症が26例、血管性認知症が8例、その他4例でした。終日における転倒・転落の頻度は易転倒性とされるレビー小体型認知症が12例（28%）で、アルツハイマー型認知症の7例（27%）と同等で疾患特異性はみられませんでした。夜間（7時間）の転倒・転落頻度は6例で、日中（17時間）13例と同程度、ベンゾジアゼピン系睡眠薬服用でみられる夜間転倒率増加もありませんでした。いずれの症例も転倒・転落時に睡眠障害はなく、中途覚醒時に日中から観察された危険動作が偶発的にみられたことが転倒・転落の原因で、骨折例はありませんでした。

次に睡眠障害で薬物療法を行っている80歳代男性のレビー小体型認知症の症例から睡眠障害のある方への転倒・転落予防についてまとめました。

要求を的確に伝えられない、ベッド上に立ち上がったたり、四つ這いになるなどの危険行為がみられたため、図1のとおり対応した。その結果、混乱なくトイレ誘導など介助に応じることができ、危険動作による転倒・転落はなくなりました。認知障害の程度や日常生活に与える影響を観察し、排泄、睡眠パターンを把握して情報を共有することにより一環した対応が可能となりました。

認知症高齢者の転倒予防として安全・安心への配慮や転倒させない環境作りによる認知機能障害に合わせた日常生活の援助をして転倒を予防することが大切です。普段の生活をよく観察して、その人にとっての必要な援助を提供することで認知症高齢者の価値観や個別ニーズが満たされて生活が落ち着けば転倒は起こりにくくなると考えられます。患者の認知機能障害に合わせた環境整備、日常生活の援助を行い、昼夜にかかわらず、きめ細かい観察から患者一人ひとりの個別のニーズを適確に把握してテーラーメイドな対応を行うことが転倒・転落の予防に重要だと考えます。



- ①ベッドの片側を壁につけ降り口を1カ所にした。
- ②ベッドサイドに靴を置き、降り口が分かるようにした。
- ③コールマット、離床センサーを併用しベッド上での危険動作に対応できるようにした。
- ④移乗動作が理解できない時は無理に車椅子を使用せず手引き歩行でトイレへ誘導した。
- ⑤突発的な危険動作に対して制止するような声掛けをせず、少し間をおき行動を否定しないよう対応した。

図1 対応方法の実際

## 『生活リズムの適正化を図るケア』

7病棟 看護師・介護福祉士

○北埜 さつき 佐藤 泰豪 小松 真 阿部 敬行

さまざまな要因から生じる睡眠障害は、多彩な症状を呈し、本人のみならず家族やケアスタッフにとって切実な問題となっている。要因・症状によりケアも複数あるが、今回、「心地よいケアの提供」と「生活リズムを整える」というケアを中心にお話しさせていただいた。



### 【睡眠障害による問題と目標】

患者側は無自覚のこともあるが、睡眠不足による身体的不調、日中の過眠。家族やスタッフ側には、声などで他者を起こす、徘徊する、転倒転落の危険が高まるといった夜間の不適切な活動の対応に難渋することが多い。双方にとって、日中に適度な活動ができず生活リズムが崩れ、悪循環となることが問題であり、ケアの目標は「日中の適度な活動により生活リズムが整うこと」と考える。

## 《生活リズムを整えるケア・心地よいケアの提供により睡眠障害が改善した事例》

### 事例紹介

A氏 80歳代 女性  
診断名：血管性認知症

### ADL状況

歩行障害があるが短時間の立位動作は見守り下で概ね安定。  
注意障害やバランス不良のため転倒の危険がある。

### 入院までの経過

脳梗塞により言語障害を後遺した。不眠・夜間せん妄、幻覚妄想がみられ、リスペリドン内服により夜間せん妄は改善したが、日中傾眠となった。夜間不眠・幻覚妄想・不安・興奮が残存し、施設での対応が困難となり当センターに入院となった。

### ☆生活リズムの適正化を図るケアの実際☆

「日常のコミュニケーション・病棟でのアクティビティケア（以下AC）・作業療法を通じて、A氏が興味を持てる・集中できる・楽しめる活動を見つけ、その活動を支援する。そして活動の成果を賛辞し共に喜ぶ。」ことである。

#### (1) 楽しめる活動：ぬり絵

介護福祉士が季節の絵柄などの絵を準備し、塗り終わったら記名してもらい、A氏の席の傍の壁に飾る。上手く塗れていることを褒めると「上手だべ？」と笑顔を見せるといった反応があった。また、他の時間に壁を指し、自ら「これ私がやったんだよ」と教えてくれることもあり、コミュニケーションの機会が増えた。

#### (2) 集中できる作業：計算課題

OTからの情報で、計算問題にも取り組めることを把握。ぬり絵に飽きた際や本人が希望した際に行った。採点し結果を褒めると、「よくできたな」とにんまりするなどの反応がみられた。

### (3) 希望に応じてTV鑑賞や雑誌講読

### (4) 他者とのコミュニケーションのフォロー

A氏は流暢に発語できるが、難聴のみならず言葉の理解ができないことが発覚した。筆談やゼスチャーなどコミュニケーションを工夫した。



### (5) 疲労時は臥床休憩

一般的に短時間の午睡が夜間不眠の改善につながると言われており、夜間不眠に対して日中ずっと起こしておく方が逆効果となる。眠気が強い時、昼食後・おやつ後など30分前後の休憩を図った。

## 結果

病棟の日課に沿った規則正しい生活、コミュニケーションやACを楽しむことにより、さらに快感情やよい刺激が得られることができ、睡眠障害の改善およびその他のBPSDの軽快につながった。

## 今後の課題

- ①睡眠障害改善後、薬剤の漸減が望ましいが、“また不眠に陥ったら”と懸念する声もあり、そのタイミングが難しい。
- ②睡眠障害の有無にかかわらず、QOL向上のため、BPSD予防や軽減のために、日常的に生活リズムの適正化を図るケアが有効であることを知っていただくこと。

## 【まとめ】

1) BPSDの治療の第一選択は薬物療法ではなく、**ケア・非薬物療法**であると言われている。

認知症ケアは、

- ①無理強いせず、本人の意向に沿い、尊厳を尊重すること
- ②不安や混乱を最小限にするためのコミュニケーション(24時間RO、傾聴や受容)
- ③安心感が得られる対応(ユマニチュード®、カンフォータブルケアなどのケアスキルの活用、失敗させない・失敗に気付かせない配慮)
- ④BPSDの背景にある本人の症状や思いを知り、オーダーメイドケアを実現する
- ⑤心地よいと思えるケアの導入(本人の笑顔や穏やかさを指標に)
- ⑥生活リズムの適正化を図る(生活活性化を促進し、適度な活動と疲労により、良い睡眠につなげるため、日中の余暇時間の過ごし方、ACを工夫する)

ことなどである。

そしてこれらの認知症ケアは、**BPSDがなくても日常的に行うことが重要**である。

2) ひとつのケアで全てのBPSDが軽快する訳ではない。その方の**心地よさ・穏やかさ・笑顔を引き出すケア**を、全スタッフが繰り返し行うこと、多職種や家族と協働することも大切である。コミュニケーションの機会を増やし、“大切に思われている”と感じてもらえるよう接することが望まれる。

# 『認知症における関わり方の実際 ～生活リズムの構築を目指して～』

作業療法士 滝沢 綾希子

認知症高齢者の支援においては、残存能力を引き出し、日常生活を可能な限り継続させることが重要といわれています。日常生活活動(ADL)には種々の要因が影響していますが、なかでも睡眠問題はよく認められる症状であり、日常生活に密接に関与しています。そして、認知症高齢者の睡眠問題は、本人の生活の質(QOL)だけでなく、介護負担にも影響し、適切な評価、介入が重要となります。睡眠障害の特徴としては、1日を通して睡眠と覚醒が一貫性なく生じ、二次的に夜間不眠や日中の眠気を呈していることが多いといわれています。また、活動と休息の過剰な持続が精神的な不快となり、興奮や不穏等のBPSD症状を引き起こすこともあります。そのため、日中の過ごし方、活動スケジュールを考え、適度な活動と休息を交互に確保しながら過ごすことが重要といえます。

作業療法の目標・方針は大きく分けて2つあります。1つめは、生活リズムの構築です。午睡の目安は一日1時間以内とし、夜間良眠できるように日中の活動性維持を図ります。2つめは、歩行能力やADL能力の維持・向上です。立位での活動や移動機会の確保、食事やトイレ動作など個別に評価・介入をすることで、対象者がよりスムーズに生活を送ることができるように支援していきます。

当センターの作業療法は図1のとおり、1日2時間、週5回の頻度で実施し、訓練中は看護師や介護福祉士といった病棟職員とともに対象者の観察・介入を行っています。対象者の健康状態や精神症状などは訓練前に情報共有し、休憩を促すタイミングなど多職種で一貫した関わりができるように努めています。活動内容は、図2のとおり、集団での軽体操やレクリエーションゲームを中心に、塗り絵やカレンダー作りなど個人の能力に合わせた作業活動を提供しています。なかには活動に意味を見いだせず拒否的な反応を示す対象者もいますが、「起きて、見学だけでもどうですか。」「私たちの仕事を手伝ってもらえませんか。」など、声かけの工夫をしながら活動参加を促しています。

対象者の目標や方針については、個々で原因疾患や重症度が異なることや、これまでの経験や仕事等の生活背景も重視しながら設定していきます。対象者の問題点ばかりに目をむけず、利点を多く見つけ、その人らしさを十分に考慮した関わり方を発見し、対象者に関わる家族や多職種に共有することが重要と思われれます。

🕒 スケジュール 🕒

時間	病棟生活	リハビリ	
6時	起床		
7時	朝食		
9時	検温・入浴・お茶	理学療法・言語療法	
10時			
11時			
12時	昼食		
13時	アクティビティケア(介護士) カレンダー作り等の活動 平日の空き時間・土日祝日	週5回 (月～金) 作業療法	回想法 (臨床心理士)
14時			
15時			
16時			
18時	夕食		
21時	就寝		

図1 1日のスケジュール

👷 作業療法 👷

形態	35～40名程度	5～10名程度
種目	①病棟からOT室までの移動 ②日付や天気の確認 (リアリティオリエンテーション) ③体操 ④自己紹介 ⑤歌(※最近は中止している) ⑥ゲーム (パラシュート、語想起、散歩など)	* 作業活動 (籐かご作り、ネット手芸、ぬりえ、折り紙など) * 計算・書写 * 調理、園芸

図2 作業療法の内容

# 『認知症例における転倒予防 ～トレーニングと歩行補助具の選定～』

理学療法士  
今直樹 大山 由佳里

認知症がある人は認知症がない人に比べて2～3倍転倒しやすいといわれています。また認知症では睡眠障害を併発するケースが多くあり、睡眠障害がある人はない人と比べて転倒しやすいといわれています。このため認知症のある方、特に睡眠障害がある方には転倒予防が非常に重要です。認知症がある人は脳萎縮等によって脳機能が低下し、その結果として運動機能や注意機能が低下するため転倒しやすくなります。睡眠障害も

転倒に関わりがあります。睡眠障害による覚醒が尿産生を促すことで夜間頻尿となり、頻回にトイレ移動することで更に覚醒するという悪循環を招きます。眠い状態での頻回のトイレ移動や日中に眠気がある状態で活動することで転倒リスクが増加します。

今回は転倒予防に効果があるとされるトレーニングと、転倒を防ぐための歩行補助具の選定や使用の工夫についてご紹介いたします。

## 転倒予防のトレーニング

転倒予防のためのトレーニングとして、下肢の筋力訓練やバランス練習、歩行練習などを行うことが重要です。認知症の症状が比較的軽度の方では、通常の転倒予防トレーニングに加えて運動と認知課題を同時に行う二重課題トレーニングを行うことが転倒予防に有効であるとされています。

二重課題トレーニングの例としては、

「計算しながら歩く（100から2ずつ引いていくなど）」

「野菜の名前を言いながら足踏みをする」などがあります。

簡単すぎると効果が出にくいので、軽く息が弾むくらいの負荷で行います。認知課題はたまに間違える程度の難しさで行います。慣れてきたら難しい課題に変えていきます。



## 歩行補助具の選定のポイント

歩行補助具は実際に使用してもらい、以下の4点に注目して選びます。

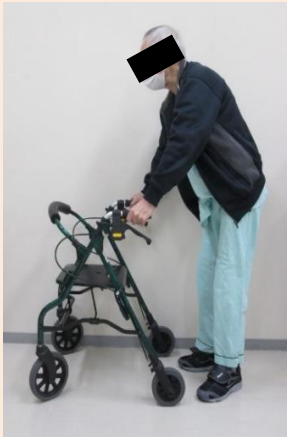
- ①歩容：姿勢や足の運び、ふらつきなどバランスが良くなるかどうか。
- ②扱いやすさ：ブレーキ等の操作ができるか、着座や方向転換時の扱いは安全か。
- ③使用環境：
  - ◇段差が多い場所では歩行器は使いにくいので杖を使用。
  - ◇歩行器を使用する場合は通路やベッド、トイレ周りなど狭い場所でも使えるか。
  - ◇屋外で歩行器を使用する場合はタイヤのサイズが大きいものを選択する。
- ④耐久性：生活に必要な距離を歩けるか、膝などの痛みがある人は痛みが減るか。

## 歩行器使用の注意点

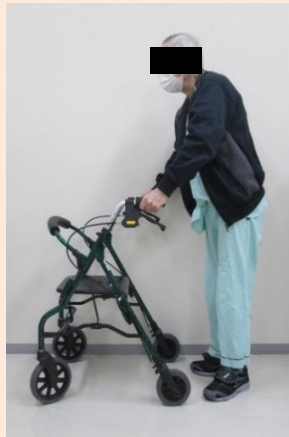
歩行器を使用する際には「歩行器の高さ」と「使用環境」に注意が必要です。

### 【歩行器の高さ】

歩行器は握りの高さによって立位姿勢が変わりやすく、姿勢が悪い場合は歩行器を使うことかえて転びやすくなる場合があります。握りの高さは、できるだけ背中が伸びた姿勢になるように、かつ肘が少し曲がり手に力が入りやすいような高さに設定します。



×



○

### 【環境設定】

歩行器を使用することにより直線歩行で転ぶ可能性はかなり減りますが、トイレやベッド回りなど比較的狭い空間では歩行器を置く場所がわかりにくいことが原因で転ぶ可能性が高くなります。トイレやベッド周辺では歩行器を置く位置に目印つけることで安全な移動が可能となります。



## 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: 専門医への紹介をどこにお願いすればよいか悩んでしまう

A: 現在、秋田県内には9カ所の認知症疾患医療センター(以下センター)が設置されています。二次医療圏内に1カ所以上のセンターが設置されていますので最寄りのセンターへ相談してみても良いと思います。

また、センターへ相談しづらい場合は認知症サポート医へ相談してみてもかまいません。認知症サポート医は認知症の方を地域で支援する体制の中心的存在として、地域の医療機関と地域包括支援センター等の連携を推進するとともに、認知症医療に関する助言を行う医師です。国が指定する研修機関で、認知症医療や関連施策に関する専門的な研修を修了した医師が認知症サポート医として登録されます。秋田県内のサポート医の登録一覧は秋田県庁のホームページに掲載されていますのでご参照下さい。

なお、センター受診の際、かかりつけ医がある場合は紹介状の準備を求められることが多いと思います。当センターにおいても原則紹介状の準備をお願いしていますが、準備が難しい場合はご相談下さい。



Q:徘徊の対応に苦慮している。



A:徘徊は本人にとっては理由があつての行動であるため、無理に止めるのは難しいです。そのため、下記に示したとおり、個々によって徘徊の原因や特徴は違うため、なぜ徘徊するのかを考察し対応していくことが求められます。対応方法の例として『自宅に帰りたい〔仕事に行く〕』場合、まずは言語的・非言語的コミュニケーション(うなずき、相づち、繰り返しなど)を図り、帰りたい気持ち(ここにいることが不安)を受け止める(受容)ことが大切です。次に施設であれば自宅のような居心地の良さや居場所の確保、楽しめる活動、得意な作業を勧める、役割を担ってもらうなど安心して過ごすことができる環境を作っていくことが徘徊の軽減に繋がります。『トイレや自室がわからない』場合は疲労や尿意のタイミングに合わせて行きたい場所へ誘導したり、「便所」「お手洗い」「部屋」など本人が使い慣れている言葉を書いた紙をドアや入口の壁に貼ったりなどわかりやすい表示や標識を行うことで軽減に繋がります。その際は、立体にする、目の高さに貼る、暖色系の色使いにする、他に何か大きな目印になるものを置くなどの工夫も必要です。『身体状況によるもの』の場合、熱・血圧・脈・意識状態などのバイタルサインや排泄状況、皮膚の状況、外傷の有無など身体状況のアセスメントを行い、それぞれの症状を緩和するケアが必要です。また、暑い、寒い、うるさい、聞こえないなど不快な環境を調整することも必要です。『無目的』の場合、無理に制止すると暴言・暴力につながる可能性もありますので、転倒や他者とのトラブルが懸念されなければ初めは見守り、疲労の度合いをみて休憩や水分摂取を促したり、付き添ったりなど適宜介入していく必要があります。しかし、様々な対応を行っても徘徊をすべてなくすことは難しいため、迷子への対処として、名札や着衣への記名、徘徊ネットワーク・GPSなどを活用し、地域で見守っていくことも必要になってきます。

徘徊の原因	徘徊の特徴
認知機能障害	見当識障害—トイレや自室の場所がわからなくなり、探し回る。 記憶障害—物を置いた場所を忘れ、探し回る。
願望	家族や友人に会いたい、〇〇を買いたいと思い、外出し歩き回る。一人でいることが嫌。人と一緒に居たい。人がいる場所を求め歩き回る。
身体状況によるもの	痛みやかゆみ、便秘などの身体不快症状をどうすればよいかわからず歩き回る。
心理状況によるもの	気分の高まりや不安、恐怖などをどう対処すればよいかわからず歩き回る。
本人が認識している現実と実際が異なる場合	自宅にいるにもかかわらず「家に帰る」といって外へ行こうとする。 実際には仕事をしていないが「仕事に行く」と言い出かけようとする。
無目的・常同的	特に目的があるようには見えず、本人も意味がわからない。 前頭側頭型認知症—毎日同じ時間に同じコースを歩く(周回・周遊)。

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—月曜日～金曜日 9:00～16:00(祝祭日は除く)