

第14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:認知症の行動・心理症状について】

- 講演1 『アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症の診断と治療の基本』
精神科医長 医師 小林 祐美
- 講演2 『介護の拒否～病棟での実際と介入～』
看護師 加賀谷 侑里
- 講演3 『BPSDの対応について～事例を通して～』
看護師 北埜 さつき
- 講演4 『日常生活のBPSDの問題に対する作業療法』
作業療法士 佐々木 智里
- 講演5 『回想法について』
心理判定員 三浦 茉莉



講演会の様子

令和4年11月18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14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開催しています。コロナ禍により昨年度から現地会場・Zoom・オンデマンド配信のハイブリット形式で開催しています。

今回は『認知症の行動・心理症状（以下BPSD）について』をテーマとし、医師、看護師、作業療法士、心理判定員から、認知症の診断と治療、介護拒否などのBPSDについての多職種の取り組みを講演しました。県内の介護施設職員等、現地会場 17名、Zoom 約181名、オンデマンド配信 約200名と多数の方々の参加がありました。

講演後のアンケートでは、受診拒否、徘徊、不眠や家族等への認知症の理解の促し方など地域や介護現場での悩みをお寄せいただきました。専門医療機関として、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、我々も今後の講演会の企画や連携を図っていく上での課題を共有する良い機会になったと思います。

結びの笹嶋寿郎副病院長からの講評にありましたように、BPSDは非常に多様で施設職員の皆様も日頃から対応にご苦労されているところと思います。今回の講演会を通してBPSDの対処方法は多面的でいろんなアプローチの必要があるということを実感していただける内容だったのではないかと思います。そこで、今回の講演概要の一部を特集してご紹介します（講演1の掲載はございません）。

医療の場面でも介護の場面でもBPSDの対応は非常に大変です。その分やりがいもあるテーマとも言えますが、お互い大変さを共有するピアサポートも大事だと思います。今後は講演会形式だけでなく、グループワーク等で大変さを分かち合い、具体的な体験や経験値をお互いに共有できるような取り組みを認知症疾患医療センターとして実施していければと考えています。



『介護の拒否 ～病棟での実際と介入～』

6病棟 看護師・介護福祉士

○加賀屋 侑里 加藤 真弓 鈴木 竜侍 山中 一紀

患者さんは様々な理由から介護を嫌がることがあります。それは食事、内服、入浴、排泄などすべての場面において起こり、介護の場面では切実な問題です。その原因として①「認知機能の低下」により本人が介護されていることの意味がわからず不安、混乱が生じる、②「羞恥心」が強く、介護の場面では排泄や入浴といった普段は人に見られたくない場面に抵抗を感じ、スタッフが異性の場合は更に増強され、「オムツを替えましょう」などプライバシーに関わる内容を他人に聞こえる場面で言われて抵抗を感じる、③「今までの習慣や認識と異なった環境」に抵抗を感じてしまう、等が知られています。拒否の場面やその理由は患者さん一人ひとりで異なり多様ですが、本人にとっての理由があります。その理由をじっくり傾聴してテーマードに対応する事が大切です。

不安による拒否であれば、その原因を解消するように努めることが肝要です。

話を聞かずに一方的に介助したり無理強いすると不安をあおるだけでなく、更に一層拒否する場合があります。介助しようとする行為が元々は自分一人で行えたことで、介護する側からみると拒否であっても、患者さんにとっては「嫌だ」という意思表示の可能性があることも理解する必要があります。

望ましい対応としては以下の①～④が挙げられます。

①「嫌がる理由を尋ねる」

本人の話を傾聴し、それまでの生活習慣と照らし合わせて考えてみる必要があります。原因を明らかにして解消するように努めます。

②「前向きな表現で説明する」

介護を行う際は、何のために行うか、前向きな表現で説明し不安感を解消します。理解力や判断力が低下していることから、わかりやすい表現で説明することも大切です。

③「安心して介護を受けてもらうという視点で考える」

拒否の根底に不安感があることが多いため、本人が安心して介護を受けられるような環境、対応に配慮することが重要です。

④「介護者の価値観を押し付けない」

患者さんは介護者と違う価値観や認識を持っていることを念頭に置き、介護に臨む姿勢が大切です。拒否が起きた時に、その介護の必要性や意味を押し付けるのではなく、相手の価値観や考え方、生活習慣を理解するように努力します。

拒否への対応においては患者さん一人ひとりの介護から得た理由や習慣、方法を情報共有して実践知識として蓄積することが重要です。緊密な情報交換を積極的に行うことにより患者さんが安心して生活が送れることを目指しています。

拒否という言葉

入浴拒否、食事拒否等まるで認知症の症状であるかのようになる。四文字熟語になるとさらに専門性を帯びてしまう。

➡医療・介護者は拒否という言葉が頭の中をかすめた時こそ「**症状として認識してしまっている**」と自覚し**症状として決めつけず、そうした態度が生まれる理由を本人に尋ねる、考えることが重要。**

その先に、人が強く拒否という態度を示す必要のない暮らしの解があるはず。



『BPSDへの対応 ～拒食への対応事例～』

7病棟 看護師・介護福祉士

○ 北埜 さつき 石崎 桂子 近藤 貴之 小松 真

認知機能障害により様々な不自由さ、苦痛を抱えて生活している方に、身体的・心理的・環境要因や元々の性格などが影響し引き起こされているBPSDは多岐にわたる。そのBPSDの中から、「拒食」への対応について事例を用いて説明した。

当センターでは、いわゆる「拒食」の状態、在宅生活・施設生活が困難となり、栄養状態や全身状態が悪化し入院する方も多い。しかしながら、入院前の情報では「食事摂取量の低下=拒食」と表現されていることも多く、また「認知症の方が食べなくなった=BPSD」との誤解から、十分にアセスメントされず対応が後手に回る場合もある。BPSDであると評価すると同時に、拒食と言われる状態をアセスメントすることをお勧めしたい（図1参照）。その際、“食べない理由”を“考える”ことも大切であるため、食べたいという意思の有無、摂食嚥下障害の有無を掛け合わせて考える一案を提示した（図2参照）。

拒食状態にある方のアセスメント項目

① 摂食・嚥下機能

（嚥下機能検査の結果、もしくは食事中のむせや鼻汁の有無、痰がらみはないか、誤嚥性肺炎の有無など）

② 食思・食欲の有無

（食べたくないのか、食べたいのに食べられないのか）

③ 全身状態

（栄養状態・現病歴・脱水・便秘・疼痛・苦痛の有無など）

④ いつから“食べない”状況にあるのか

・アビー痛みスケール・PAINAD
・RDOS等、スケールの活用

⑤ 年齢、身長、体重、BMI

④以降の体重減少の程度

⑥ 特定の食材の有無

（食べられる物・食べられない物）

⑦ 内服薬の内容

⑧ 既往歴

⑨ 排便状況（元々の、最近の）

⑩ 口腔の状態

（義歯は合っているか、齲歯の有無、乾燥や痛みを伴う状態にないかなど）

⑪ 嗜好、偏食の有無

⑫ 元々の摂取量

⑬ 最近の出来事・ストレスの有無

拒食状態にある方のアセスメント
：北埜,2021.

ション・精神医療センター



図1 拒食状態にある方のアセスメント項目

“食べない”理由を考える

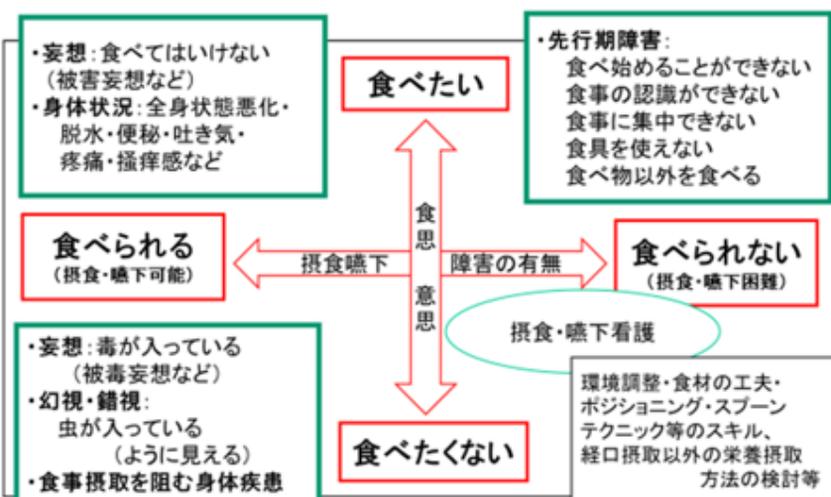


図2 “食べない”理由の考え方（食いたいという意思と摂食嚥下障害の有無の掛け合わせ）

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

図2 摂食嚥下障害の有無と食思・意思の関連：北埜,2021.

次に拒食を主症状として入院した5事例（表1参照）を紹介する。

表1 拒食への対応事例

事例	1	2	3	4	5
年齢・性別	90歳代 女性	90歳代 女性	80歳代 女性	90歳代 女性	70歳代 女性
病名	アルツハイマー型認知症			血管性認知症	前頭側頭葉変性症
入院までの経過	入所後、徐々に拒食となり点滴していた。施設で対応困難となり入院。	拒食・介護抵抗・大声などがあり、施設で対応困難となり入院。	長男と2人暮らし。最近歩けなくなり、拒食で体重減少し入院。	拒食と大声により施設で対応困難となり再入院。元々摂食嚥下障害がある。	夫と2人暮らし。徐々に食事・水分摂取量が減り、脱水で救急搬送された経緯から入院。
治療	点滴 抗認知症薬 (リバスチグミン)	抗認知症薬 (メマンチン)	抗認知症薬 (リバスチグミン) 鎮痛剤	点滴 抗精神病薬中止	内科的治療薬 (最終的に 胃ろう造設)
入院時の状況と その後の対応	・故意に吐き出し、食べたくないという意思を表明。 ・無為無関心というBPSDもあると評価。 ・寝たきり状態で“手がかからない患者”であっても、日常のケア以外でも声を掛け続けた。	・「いりません」と食事を拒むが、食べ始めの介助と声がけにて摂食可能。 ・コントラストのつく器で食事提供。 ・総義歯でも食べやすい食形態への変更。	・「おなか一杯」と話し、1～2割ほどの摂取量。 ・移乗時の「いで」とのつぶやきを聞き逃さず、疼痛の存在に気付き、膝関節症の発見と鎮痛剤内服に至る。	・「食べたい」と意思を表明できるが、傾眠がちで食べられない。 ・声を掛け続けながら30分かけて3割以下の摂取量。 ・家族から施設入所に向けて胃ろう造設の要望があった。	・言語障害により本人の意思を確認することが困難。パンと甘味飲料を好み、少量のみ摂取する。 ・高脂血症の悪化により、摂取できていた飲料が提供できなくなり摂取量低下、体力低下。
結果	ある時、食べたいか、の問いに「食べたい」と答え、食べ始めた。徐々に摂取量が増え3食経口摂取（自力摂取）となった。笑顔・発語量が増加した。	“食べ始めの介助”をルーティン化し、摂取可能となった。その他のBPSDも軽快した。	鎮痛剤を内服するようになってから食事摂取量が増加し、体重も増え、歩行可能となった。	拒食の改善はなかったが、病状説明（※1）し、胃ろう造設しないこととなった。	拒食状態（※2）の改善には至らず、必要不可欠な栄養をとるため、脱水予防のため、薬物療法のため、胃ろう造設された。
考察	点滴管理により全身状態が整い、リバスチグミンにより食欲が増進した可能性がある。また、返答はなくとも声を掛け続け、意思を確認したり、ひと口でも摂取してほしいと関わりを増やしたことで、無為無関心というBPSDが改善され、快刺激の結果、食欲、笑顔や発語を引き出したと考えた。	メマンチンにより、穏やかさを取り戻した可能性、うまく食べられず食事を拒んでいた可能性がある。先行期障害、重度難聴というコミュニケーション障害をフォローしたことも、摂食行動がとれるようになり、その他のBPSDが軽快した一因と考える。	リバスチグミンにより食欲が増進した可能性がある。しかし疼痛により食べたくても食べられない状態だったのではないだろうか。痛みを自覚できないことや自覚していても上手く伝えられない方もいるため、疼痛の他覚的評価が重要であることを再確認した。	倫理的ジレンマを抱きながらも、その時、日々穏やかに生活されている本人にとって、胃ろう造設が幸せなのかという視点で家族と共に繰り返し検討できた。（検討にあたり、老年医学会監修の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を参考とした。）	胃ろう造設後は、おやつ時間を設け、甘味の食べ物や飲料など気が向く量だけ摂取。「食べたくないのに何度も勧められる」という苦痛から解放され、食べたいものをほんの少し食べただけで周囲が喜ぶ、という、本人にとって好ましい環境変化となったのではないだろうか。

※1 病状説明内容:「少量ずつでも食べられていること、食事摂取量の低下には加齢も影響しているであろうこと、胃ろう造設により、必ずしも長生きできる保証はないこと、手が器用な本人には自己抜去の危険が高く、万が一身体拘束となれば不自由さや精神的な苦痛を与えてしまうことが懸念される」という点について主治医と共にご家族に説明した。

※2 講演の中で「前頭側頭葉変性症の中核的症狀」であり改善に至らなかったとの表現により、拒食が中核的症狀であるかのような誤解を生じさせてしまいましたこととお詫び申し上げます。この場をお借りし「好みの物だけを食べる食行動異常が前頭側頭葉変性症の中核的症狀」であり、改善に至らなかった」と訂正させていただきます。

どの事例に対しても、「食べない＝BPSD」と決めつけず、食べない理由、どのような対応で食べられるかを探りながら対応した。具体的な対応としては、好みの味付けや食材、嚥下しやすい食形態など食事内容に関するもの、箸や器を把持するところから介助したり、失認への対応（器と食材のコントラスト・蓋を外す）など食べ始めの介助、騒がしくない場所・視界の調整などの環境調整、ゆっくり関わる、優しい声かけや身体接触、笑顔（快刺激）などのケア介入であった。

まとめとして「BPSDへのケア」（図3参照）と「認知症ケアの立ち位置」（図4参照）を説明した。拒食などBPSDへの対応では“少しでも楽しく、穏やかに、人としての尊厳が尊重されるようなケア”が求められている。そのためには非言語的コミュニケーションの活用ならびにミス避けるケアの視点が大切であることもご理解いただけたのではないだろうか。

今回の講演が何か一つでも、明日からの皆さんのケアの参考になれば幸いである。

図3 BPSDへのケア

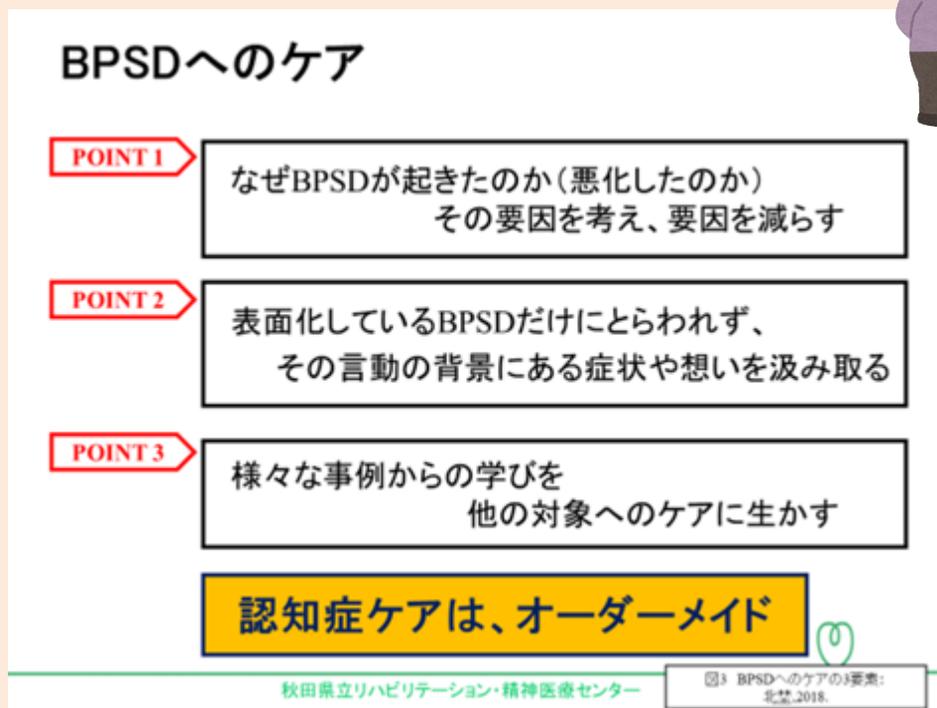
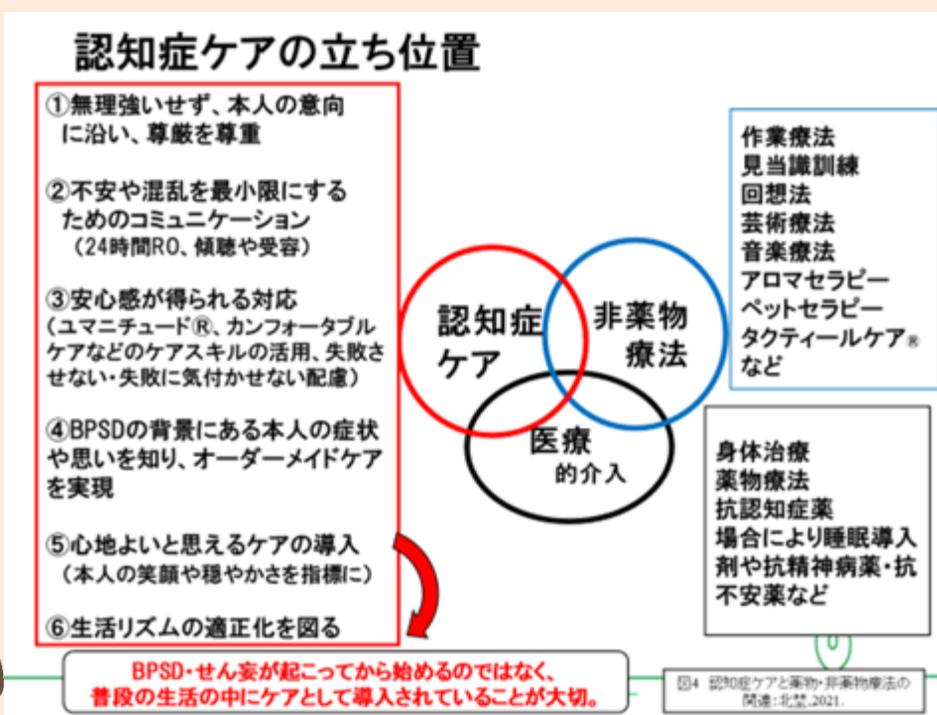


図4 認知症ケアの立ち位置



『日常生活のBPSDの問題に対する作業療法』



作業療法士 佐々木 智里

BPSDは、本人の不安、周囲のケア、環境等によって二次的に発生するとも言われており、これら要因の評価、介入により改善の可能性がある。だからこそ適切なアセスメントと対応が重要となり、これらBPSDの軽減にむけて、作業療法士がどのようにアプローチしているかを、アルツハイマー型認知症の事例を通して紹介する。

【事例紹介】

- ◆ Aさん 80歳代男性 妻と2人暮らし 要介護1
- ◆ 4年前から物忘れあり、2年前から肩や腰の痛みのため、徐々に活動性が低下していた。
- ◆ 妻の介護疲れによりショートステイの利用を開始したが、帰宅要求や徘徊あり。施設で対応が困難となり、当センターに入院となった。妻は施設への退院を希望。

[作業療法初期評価・介入計画]

<BPSDと生活の問題点>

- 不安、興奮 ⇒徘徊、入浴介護への抵抗
- うつ、不安 ⇒訓練などの活動へ参加することを拒否⇒活動性低下、夜間不眠

<利点>

- 歩行可能で入浴以外のADL自立
- 人の顔は覚えている

<目標>

施設での生活に向け、現在のADL能力を維持し、夜間良眠できる

<介入方針>

- 方針1：集団訓練への参加の促し

毎回部屋を訪問。人の顔を覚えている利点を活かす。

⇒顔なじみになり、安心して参加できる環境を作る。

- 方針2：日中の活動性向上と夜間良眠

長年農業を頑張ってきたAさん。腰痛悪化後は畑へ行く事ができず、役割を失っていた。

⇒OT室までの車いす押しを「仕事」として依頼。

Aさんが参加した作業療法の集団訓練の様子



[経過のまとめ]

集団訓練には毎回参加するようになった。OT室までの車いす押しを「役割」として取り組むことができた。日中の活動性が向上し、薬剤調整と共に夜間は良眠できるようになった。介入により、日中の活動性が向上し、結果的に身体・認知機能低下の予防に繋がった。今後、環境変化により不安が増し、不活動や機能低下に繋がる恐れがある事や今回有効だった関わりの内容を退院先の施設へ紙面にて申し送った。

【まとめ】

認知症のBPSDは、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等、その原因となる疾患によって特徴的なBPSDが観察され、症状の進行や環境等の要因によっても多彩な症状が出現する。認知症者のBPSDの問題に対する作業療法のアプローチでは、日常生活への影響と要因を分析し、本人の利点と活かし方を考え、人的・物理的環境の評価と整備を行い、退院時にこれらの支援内容を次の支援者へ申し送ることが重要と考える。



『回想法（「おはなしの会」）について』

心理判定員 三浦 茉莉

当センターの認知症病棟では週に1回、認知機能への刺激や孤立感・孤独感の軽減、コミュニケーション能力の向上、日中の活動性維持、気分の安定化などを目的として回想法を行っており、親しみやすくするために「おはなしの会」と呼んでいます。回想法は高齢者を対象とする心理療法で、クライアントが聞き手とともに過去を振り返り、未解決の葛藤に折り合いをつけて人格の統合をはかるもので、当センターでは4~6人の参加者と2、3人のスタッフでグループ回想法を行っています。この形式の最大の利点は参加者同士で同時代を生き抜いてきた体験や思いを心の深いレベルで共有しやすいことにあり、聞き手となるスタッフがいかに参加者同士のピアサポートの促進を援助するかが大きなカギになります。聞き手には、先入観をもたず、また、自分の勝手な考えや意見を述べずに、話し手のペースを尊重して、温かい気持ちで無条件の肯定的関心を注ごうとしながら心を込めてお話を聴く態度が求められます。このような“良き聞き手”になるために役立つと私達が考えている考え方・技法として、ユマニチュード®とヴァリデーションをご紹介します。

ユマニチュード®：フランスの体育学の専門家が開発したケアの技法で、4つの柱とケアの5つのステップが重要とされます。前者は相手を大切に思っていることを相手に分かるように伝える、「見る」「話す」「触れる」「立つ」技術です。私達は特に「見る」「話す」の技術を参加者や状況に合わせて使い分けることが重要と考え、同じ高さの椅子に座って視線を合わせ、低めの聞き取りやすい声で話すよう意識しています。後者はケアをひとつの物語のように一連の手順「1：出会いの準備→2：ケアの準備→3：知覚の連結→4：感情の固定→5：再会の約束」で完成させることを指します。「おはなしの会」では、ご挨拶をしてから会にお誘いし、楽しいひと時を過ごした後には楽しめたことや勉強になったことをお伝えし、次回の約束をする、という決まった流れを崩さないようにしています。

ヴァリデーション：アメリカのソーシャルワーカーが創始した、認知症などの認知障害、記憶障害を有する高齢者を対象とする心理的ケアの技法のことで、認知症高齢者の了解不能な発言を相手の立場に立って受け止めるための具体的工夫を指し、図の通り14の技法があります。ユマニチュード®と共通する要素もいくつか含まれていますが、「おはなしの会」で私達がよく使う技法は3、6、7、8、9、10、14です。

以上を意識しながら回想法を実施します。机を囲んで着席し、スタッフは会を進行しながらお話を傾聴し参加者同士の交流が深まるようサポートします。参加者の幼少期頃の生活や学校、遊びの風景などの写真を見たり、コマやおはじきなど昔の玩具を手にとったりしていただきながら当時のことを思い出して昔話を語り合います。終了後には、スタッフ間で参加者の発言や様子、他者との交流を振り返って共有し、次回以降あるいは他の参加者への関わりに活かしています。



回想法の効果としては、表情や口ぶりが生き生きとする／普段より言葉数が増える／参加者同士の交流がみられる／昔の苦労を振り返り頑張ってきたことを再認識するなどがみられます。スタッフにも、日常生活場面ではみられない一面を知ることで参加者に対する親近感や肯定的感情が高まる／一人一人の個性や生活史を知ることでより細かなケアに結び付けることができるなどの効果がみられます。このように、参加者だけでなくスタッフにも良い効果が現れる点が回想法の良いところだと感じています。私自身も患者さんの色々な経験や知識に触れることで毎回新たな学びがあり、いつも楽しくお話をうかがっています。

ヴァリデーションの14の技法

1. センタリング
全ての感覚を集中して8回深呼吸し、内面の怒りや気持ちを収める
2. 信頼関係構築のため、相手を脅かさないよう事実を語る
3. 相手の使う言葉を繰り返す
4. 極端な例を呈示する
極端な表現を用いて、相手の気持ちを受け止めて緩和を図る
5. 正反対の状況を想像する
正反対の状況を取り上げて、過去の問題解決の対処法を探る
6. 過去の回想
7. こころを込めたアイコンタクト
8. 曖昧な表現を用いる
相手の言葉の意味が理解できない→曖昧な表現で無理なく受け止める
9. 愛情あふれる、低めのはっきりした声で話す
10. 動作や気持を観察し、合わせる
11. 混乱した行動を、満たされない欲求の現れととらえる
12. 相手が好む感覚をみつけて、使う
13. 触れる
14. 音楽の使用

図 ヴァリデーションの14の技法

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：認知症の検査や診断をしてくれる病院はどこにあるか

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な存在として、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。

秋田県公式サイト「美の国あきたネット」

認知症疾患医療
センターについて



認知症サポート医
について



Q：認知症患者の不眠の対策について

A：不眠は、ただ睡眠時間が短縮するだけではなく、入眠困難（寝つけない）、早朝覚醒（暗いうちに起きる）、中途覚醒（途中で何度も目覚める）、熟眠感の欠如（寝た気がしない）などに分かれます。特に、認知症高齢者の不眠では徘徊を合併しやすく、転倒・骨折のリスクになるため、施設や病院としてはなるべく長く寝て欲しいと考えがちです。しかし、ベンゾジアゼピン系の薬剤である睡眠薬や抗不安薬は筋弛緩作用があり、むしろ転倒リスクを高めることとなります。最近、メラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体拮抗薬など筋弛緩作用の少ない睡眠薬が普及してきましたが、高齢者にいきなり薬物療法を始めること自体が推奨されません。

認知症患者の不眠対策として重視するのは、夜の睡眠時間の長短より日中に心身の不調が無いことです。もし、「若いときのように長く眠れなければおかしい」と思いつめている利用者には相談されたときは、日中活発に過ごせれば問題ないことを保証しましょう。特定のアクティビティで不眠を改善する方法は確立されていませんが、認知症高齢者は夜にしっかり眠れた日でも日中の過眠が起きやすく、何も介入しないと不規則な睡眠・覚醒リズムになってしまいます。午前中に短時間でも屋外で過ごさせる、昼寝の時間は15時より前の20-30分程度に抑える、夕方の早すぎる時間に入床させず、朝は一定の時間に起床させる、日光を取り入れ夜は明るすぎない照明にするなど、睡眠衛生に良い環境を整えましょう。

一方、レビー小体型認知症があると、レム睡眠行動障害や自律神経症状の過活動性膀胱で睡眠障害を起こします。また、実際の睡眠時間は十分でも、利用者から不眠の苦痛が聞かれるときは、うつ状態の合併がありえます。その際には、認知症専門医などの受診を推奨します。

精神面以外の原因にも注意を向けて欲しいと思います。身体疾患やその処方薬で不眠が悪化することがあります。体のどこかに疼痛や搔痒感があっても不眠になります。共通のトイレ誘導や一括のおむつ替えの実施など、施設の決まりごとになっているケアで起きてしまう利用者もいます。夜間頻尿は不眠と相互に悪化させ合う原因になります。泌尿器科の受診や就寝前の飲水を控えるなど、頻尿に注目した対応が有効かもしれません。

このように個別の利用者によって不眠の原因や対策は様々です。ケアする職員による綿密な観察が、受診の際も診療の助けになります。

【精神科医長 医師 小林 祐美】

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

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

相談時間 月曜日～金曜日 9:00～16:00（祝祭日は除く）



もの忘れ外来受診
予約申込みカード

