

秋田県認知症疾患医療センター便り

令和6年2月発行 No.26

テーマ

認知症の
リハビリテーション的
アプローチについて

第15回 認知症ケアシリーズ「講演会」

特集号

リハビリの視点で
認知症を支援する

令和5年11月17日、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター講堂・Zoom・オンデマンド配信のハイブリッド形式で開催した講演会の内容をご紹介します



認知症と理学療法 ～理学療法士としての関わりと援助～

理学療法士 大山 由佳里

当センターの認知症病棟では、主治医の処方に応じて、週2回程度1回40分の理学療法を提供している。

介入の目標として、ADLの低下予防・向上を掲げ、安全かつ介助量が少ない生活の維持と交流を通じて行動心理症状の軽減に寄与できればと考えている。

認知症への理学療法の提供では、日々変動する精神・運動機能に対してどう援助したら効果的に運動を行えるのか、という点に配慮することが重要である。

そのため、診断に基づく運動機能の特徴を基に評価・介入を行うことと並行し、他部門からの情報収集を行い、臨機応変に運動量や方法を検討する必要がある。

今回、理学療法を提供している事例を2例紹介する。

事例 1

90歳代 女性
アルツハイマー型認知症

ADL：食事一部介助、車いす移動、トイレ一部介助
入院時MMSE：2点 SPPB：0点(失語の為教示理解困難)
失語症があり簡単な指示理解は可能だが、表出困難なことが多い。
訴えごとが不明確で時に不穏や易怒性がみられる。

看護師からの情報を基に理学療法介入時に配慮した点

- ・入浴後の疲労や内服薬の副作用による眠気に配慮した練習開始時間の設定を行う
- ・不穏の原因の多くは排泄に関するものと推測→トイレへ寄ってから練習へ向かう
- ・簡単な練習を反復して成功体験を増やし、楽しい時間を提供する

理学療法内容：四肢自動運動(模倣による体操)、平行棒内起立・歩行練習、(調子に合わせて)歩行器歩行・階段昇降練習

結果：理学療法介入時は不穏・易怒性はほぼなく、歩行練習まで取り組むことができるようになった。入院から5ヶ月が経過、トイレ動作の介助量は維持できている。



事例 2

80歳代 男性
混合型認知症（レビー小体型認知症・血管性認知症）



ADL：食事自立～一部介助、車いす移動、トイレ一部介助

入院時MMSE：16点 SPPB：2点

パーキンソニズムを認め、運動機能の日差変動がある（起立・方向転換時に後方重心となり介助を要する時がある、50m歩行可能な時と3～4mが限界の時がある）。

可能な限り運動機能が良い時に介入したいが、変動には時間や服薬との関連は認められなかった。

理学療法介入時に配慮した点

- ・理学療法開始時に平行棒内歩行を行い、その日の運動機能を把握。
- ・臨機応変に運動量を変える。（歩行距離、歩行手段）
- ・起立しやすい環境を整える。（お辞儀をするよう声掛け、前方に椅子などを置く）

理学療法内容：歩行練習（平行棒、歩行器、独歩とその日の運動機能を確認しながら段階的に難易度を上げる）、起立練習、四肢・体幹の関節可動域訓練、腰部温熱療法

結果：運動機能の変動により、歩行は実用的な移動手段とはならなかった。入院から7ヶ月が経過し、移乗・トイレ動作での起立・腰回し・立位保持は見守りレベルで維持できている。

2例とも運動の方法として考慮したことは、手続き記憶に基づく簡便な運動を行っている点である。歩行や階段、起立練習などは疎通困難でも状況判断にて行えることが多い。笑顔で声を掛けながら行い、今日はどれだけできたのかをフィードバックすることで達成感も得られやすい。介助者が、自分にとってもよい運動になりました、と伝えると「一緒に運動をするという役割」として捉えてくれ、援助を行いやすい場合もある。

レビー小体型認知症では特徴的な症状として認知機能の変動や覚醒度の変動があるが、そのために注意が低下することで運動機能にも変動をきたす場合もある。認知症の方の運動機能の評価は定量化するのが難しく、再現性が乏しい場合もある。

当センターではSPPB（Short Physical Performance Battery）という評価を用いて運動機能の把握をし、経過を追跡するなど活用している（SPPBは図参照）。この評価は日常生活でも行う動作を取り入れており、全体の試行時間が5分程度と簡便に行えることから負担が少なく、認知症の方でも比較的行いやすい。運動機能の変化を可視化し、他部門と共有することもケアをする上での情報として有用と考える。

SPPB: Short Physical Performance Battery

① バランステスト ② 4m歩行テスト ③ 椅子立ち上がりテスト



バランステスト
0点：不可又は閉脚10秒未満
1点：閉脚10秒かつセミタンデム10秒未満
2点：セミタンデム10秒かつタンデム0～2秒99
3点：セミタンデム10秒かつタンデム3秒～9秒99
4点：タンデム10秒

4m歩行テスト
0点：不可
1点：8秒71～
2点：6秒21～8秒70
3点：4秒82～6秒20
4点：～4秒83

5回起立着座テスト
0点：不可
1点：16秒70～
2点：13秒70～16秒69
3点：11秒20～13秒69
4点：～11秒19

参考：Guralinik JM et al. J Gerontol, 49(2) : M85-94, 1994

認知症は進行性であり、日々の変動や加齢も伴う。動作能力の大きな改善は難しい場合が多い。しかし、運動機能・ADL能力の低下を少しでも緩やかなものにし、個人のできることを尊重しながら安全に生活できるように理学療法士として関わることを出来ればと考えている。

認知症者に対する作業療法

作業療法士 加藤 淳一

作業療法の流れ

作業療法は医師から依頼を受けたのち、対象者の身体機能や認知機能、ADL能力等を評価し、目標、方針を設定する。その後、ケースカンファレンスで、チーム全体の目標や治療方針を共有し、作業療法の介入を行う。介入後、一定期間を経て再評価を実施し、必要に応じて目標や介入内容の更新を行う。また、退院支援として退院前訪問指導や退院前カンファレンスで、退院後の生活についての支援策を話し合う。退院時には、支援者に入院中の状況やプログラム内容、留意点等を申し送る。退院前訪問指導では、在宅予定の対象者について、自宅で安全に過ごせるかを主眼に実際の場面で確認する。なお、退院前訪問指導や退院前カンファレンスは当センターの職員だけでなく、対象者を担当するケアマネジャー、訪問看護師等の支援者も参加し、スムーズに地域生活へ移行できるように努めている。

作業療法の目標

当センターにおける認知症者の作業療法の目標を大まかにまとめると、(1) ADL能力の維持・改善、(2) 生活リズムの維持・向上、(3) その人にとって価値ある(意味ある)作業をしながら穏やかに過ごすことの3点であるが、個人によってその重さが異なる。

具体的アプローチ

前述の目標ごとに作業療法の具体的アプローチを以下に示す。

(1) ADL能力

対象者の出来ること、できないことを知るために行動(動作)を分析する。例えば、排泄動作の場合、尿意があるのか、トイレの場所がわかるのか、ズボンの上げ下げが可能か等。その上で、自分で出来ることは、自分で行ってもらう。できない場合、どのような援助が必要か検討する。例えば、トイレの場所が分からない場合はトイレに目印をつける等である。

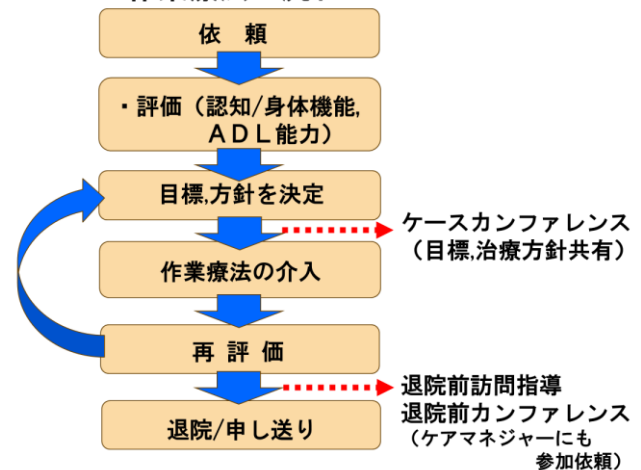
(2) 生活リズム

一日を通して活動と休息を交互に取れるように多職種と協力し、作業療法プログラムを組み立てる。昼夜逆転や長期間の臥床を改善する為、作業療法場面で離床し、歩行する機会をできる限り設ける。

(3) 精神的安寧

対象者個々に、興味・関心のある活動を把握し、意欲的に、継続的に実施できる活動を行う。提供する活動は簡単すぎず、難しすぎないもの。うまくできた場合は、良かったところを具体的に伝え、達成感や自信が回復できるように関わる。

作業療法の流れ



BPSDへの対処

作業療法の目標達成を妨げる要因（阻害因子）としてBPSDが挙げられる。BPSDは認知症の中核症状である認知機能障害によって引き起こされる二次的的症状で個人差がある。また、身体不調や人間関係、不適切なケアで出現したり、増悪すると言われている。BPSDは、本人のみならず、介護やケアを行う周囲の人にとっても困惑する症状で、生活上の大きな問題となるため、対策を講じることは必須である。BPSDに対処することは大変な労力が必要になる場合があるため、一人で抱え込まず、周りの人に相談しながら取り組んでいく必要がある。当センターでは、BPSDの対処法として、パーソンセンタードケアやバリデーション療法等を参考に介入している（図を参照）。

BPSDへの対処法

基本) パーソン・センタード・ケア： 「対象者を認める,尊重する,その人の視点に立つ」等 バリデーション療法：「傾聴や共感する姿勢で関わる」等	
徘徊	<ul style="list-style-type: none">・徘徊を制止しない・なぜ歩いているのか理由を尋ねる・徘徊に寄り添い,訴えを傾聴・他のことに気をそらす（仕事を依頼,興味ある活動を提供）
幻覚や妄想	<ul style="list-style-type: none">・否定しない・訴えを傾聴し,「大変ですね」、「辛いですね」等と共感する姿勢をとる・担当職員が妄想対象になった場合,担当変更,距離をとる
暴力や暴言	<ul style="list-style-type: none">・原因を探る（不眠,体調不良）・静かな場所,ゆっくり休める場所で休憩を促す・興味がある活動で気を紛らわす（音楽鑑賞）・薬剤調整（頓服）
不安や焦燥	<ul style="list-style-type: none">・寄り添って訴えを傾聴・安心できる場所で休む・興味がある活動で気を紛らわす

参考) 熊谷頼佳：タイプ別でよくわかる認知症ケア. ナツメ社, 2017.

おわりに

認知症者と向き合うことは大変なエネルギーが必要だが、専門職として認知症の理解を深め、正しい知識を持って関わることで、認知症のある人がその人らしい生活を送れるように今後も取り組んでいきたいと考える。



認知症のコミュニケーション障害 ～ことばの障害を持つ方との関わり～

言語聴覚士 小田嶋 佐代子

認知症の患者様の中には、コミュニケーションが難しい方が多くいらっしゃいます。今回は、コミュニケーション障害を持つ認知症の方への関わりの方や配慮方法についてお話ししたいと思います。

中核症状の「注意、記憶、認知、言語障害」のみならず、BPSD（行動・心理症状）も大きく影響します。また、視覚や聴覚などの知覚、構音などの運動機能の低下などによってもコミュニケーションの質・量ともに低下します。

認知症のタイプによって現れるコミュニケーションの障害も異なります。それぞれの代表的な症状と対応方法についてお話しします。

アルツハイマー型認知症

【症状】

- 失語症状
(表出)
 - 喚語困難
(意図した言葉が思い出せない)
 - 錯語 (他の言葉に置き換わる)
 - 反響言語 (オウム返し)
 - 語間代
(語尾の音の繰り返し
例「そうなんですすす」)

〈理解〉

- 理解力低下

【対応】

- 単語や短文で話す
- ジェスチャーや描画、文字、指さしなど代償・補助手段を併用
- Yes/No応答や二者択一または選択式の質問にする
- 顔の表情や声の調子などメリハリをつけて話しかける
- 同じことを言っても「そうでしたね」と受け止め次に進める
- 話された内容から逸れている場合はテーマに沿った話題にさりげなく戻す

血管性認知症

【症状】

- 損傷部位により症状は多様
- 左半球損傷例では失語症、右半球損傷例では状況理解の障害が生じる
- 精神運動の遅延、注意障害、遂行機能障害、感情失禁、易怒性、無気力・無関心 (アパシー) により、コミュニケーションに支障をきたす

【対応】

- 比較的記憶が保持されている場合が多いため、傷付けられるような経験がないよう、また、病前との変化に対する悲観的な感情に配慮する
- 特定の介入研究は少ないが、他の認知症よりも医療・介護従事者の関わり方次第で改善へも悪化へも導く可能性があるという報告がある

レビー小体型認知症

【症状】

- パーキンソン症状 (発話開始の遅れ、小声、早口)
- 幻視、錯視、それらに基づく妄想や誤認 (認知レベルが低下したときに出現しやすい)
- 注意や覚醒を含む認知機能の症状の変動
- 言語理解自体は保たれる

【対応】

- 発話の遅れは、焦らず発話されるのを待つ
- 小声の場合は、静かな環境で会話する
- 幻視や錯視がない時に、作業活動やコミュニケーションを行う
- 幻視を一方向的に否定しない
- 著しい異常行動や危険な場合は否定しなくてはならないが、本人の自尊心を傷つけないように否定する

前頭側頭葉変性症

【症状】

- ◇進行性非流暢性失語
 - 音韻性錯語 (音の一部が異なる、例: とけい→ときい)
 - ことばの理解は保たれる
- ◇意味性認知症
 - 顕著な喚語困難とことばの理解障害
 - 意味記憶障害 (それ自体の意味がわからない、例: 時計が何をするためのものかかわからない) が合併

【対応】

- ◇進行性非流暢性失語
 - 病識が保たれることがあり配慮しながら介入する
 - 不十分・停滞する発話に対し、傾聴しつつ話したい言葉を推測する
- ◇意味性認知症
事例紹介 (Aさん)

ここで、事例を紹介します。

基本的には、コミュニケーションの方法を模索し、本人や家族の心理的支持を行いつつ残存能力を中心にアプローチしています

<Aさん>50歳代、意味性認知症

【言語症状】 著明な喚語困難と言語理解障害、復唱、仮名の音読は可能

【その他の特徴】 エピソード記憶は比較的良好、数字や時間の認識可能、パソコンやスマートフォンの基本操作可能

言語訓練は、①呼称(物の名前を言う)練習は得意な復唱や音読を活用、②意味理解課題として、仲間外れや同じ仲間探し、カテゴリー分類を実施、③自主トレ課題を提供しました。

コミュニケーション方法の支援としては、①ジェスチャーや指差しを併用する、②言葉がわからない時は、関連語や類義語を提示したり、スマートフォンで言葉を入力・検索し、画像を見てもらう、③家族・支援者へ状況と工夫方法の説明を行いました。その他、①スケジュール表の理解は可能だったため積極的に活用、②排便有無が確認できなかったため、排便チェック表(○で囲み時間を記入する形式)を使用しました。

<Bさん>80歳代、アルツハイマー型認知症または前頭側頭型認知症

【言語症状】 自発話は少ない、質問に対し著明な反響言語の他に「はい」を多用、聴理解と読解は単語レベル良好

【その他の特徴】 被影響性の亢進 遂行機能障害

コミュニケーション方法を検討し、当初、選言質問(Aですか?Bですか?)が有効と思われましたが、反射的に選択肢を選んでいよう本意を反映しているか疑問でした。一方、意図してオープンクエスションで尋ねてみると反響言語がやはり多いものの、再び質問したり本人の発話を待っていると… 訓練士「(農家の話題後)何作ってるの?」→Bさん「何作ってるの・・・米」等 反響言語ではない新たなことばが聞かれました。このことから、決まったやり方ではなく様々な話しかけを試し、関わる側が余裕を持って(難しい場合も多いですが)反応を待つことも本人の意思を知るために重要と感じました。

次に、認知症の患者さんにも多く合併することの多い難聴についてお話しします。

難聴になるとコミュニケーションが十分に行えなくなり、その結果、脳血流が減少、認知機能低下が増長する、また、認知症発症にも影響するという報告があります。したがって、難聴の方には聴覚補償、つまり補聴器装用の支援が大変重要といえます。難聴者に対するコミュニケーション時の配慮としては、次のことが挙げられます。

- 補聴器の使用
- できるだけ静かなところで
- 顔が見える位置で口元を見せながら
- 話始めに注意を促したり話のテーマを話す
- はっきり、ゆっくりと話す(×過度に区切るとわかりにくい)
- Yes/Noで答えられない質問により確認(例:昼ごはん何にする?)
- 重要なことは文字で示す



このような配慮によって、コミュニケーションの質の低下や頻度の減少を防ぐことができます。

補聴器をすることに抵抗のある方がいらっしゃる場合は、より目立ちにくい形状の補聴器(耳穴型など)や上記のような認知症の予防に役立つ可能性があるといったメリットをお話しして利用を勧めることも良いかもしれません。

以上から、患者さんの残存能力を考慮し、適切なコミュニケーション方法を考える視点が重要です。そして、十分に能力を発揮できるよう、できる限り環境を整え、補償・支援することが大切と考えます。

認知症ケアにおけるリハビリ的アプローチ

認知症看護認定看護師 北埜 さつき

認知症をもつ方に対するリハビリテーションは、医療・非薬物療法・認知症ケアの3側面を持っている。今回は認知症ケアの側面からみたアプローチについて説明する。

認知症ケアにおけるリハビリテーションの目標は、自立することではなく、周囲の配慮・支援を得ながらも「できることを行えること」であり、身体機能やADLについても、より向上することではなく、「現状維持や少し向上」、積極的にいうよりは「楽しい・心地よい・穏やかな気持ちになれる」ことが大切で、結果、身体機能向上・ADL自立できればベストという考え方である。

認知症ケアにおけるリハビリ的アプローチの実際では、認知機能低下による生活障害の有無・程度を把握し、できることはやっていただけ、できない部分をさりげなく介助することが基本となる。具体例として食事（表1）、排泄（表2）、入浴（表3）、歩行介助については、図1・図2に示している。コミュニケーションにおいては、失語への対応はもちろんのこと、高齢者特有の難聴に対する配慮がより大切となる。聴覚に応じた補聴器利用の支援、介護用具（もしもしフォン等）の利用、そして何より「大声ではなく低い声でゆっくり話すこと」を心掛けていただきたい。

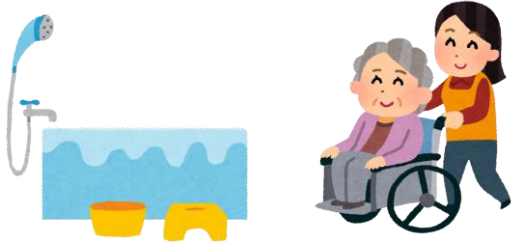


表1 認知機能障害による生活障害と認知症ケアの例 ①食事

	具体例	認知症ケア
記憶障害	食べたことを忘れる(何度も聞く・食べる、さっき食べたと思い込み食べない)	何度でも同じ質問に初回と同じように答える。下膳を遅らせる。食事以外に気が向くようなコミュニケーションやACの導入。
見当識障害	時間の感覚が薄れ、早朝や夜中でも食事時間と思う	いつでもどこでもリアリティオリエンテーション(24時間RO)※(今の時間・場所など、意図的に伝える)
実行機能障害・失行	食べ方がわからない(食具の使い方や食べる順序がわからない) 食事動作・食具の使い方を誤る(食具を逆さに持つ、利き手に器を持つ)	配膳したら、器や食具を把持させ、一口食べるところまで支援する 場合によっては一皿盛りや小鉢で提供する
判断力の障害	出されたものであっても、本当に食べてよいか判断できない 食べる順序がわからない	配膳時や手が止まっている時「おいしそうな〇〇ですね。これは全部Aさんの昼食ですよ」等声を掛ける。 場合によっては一皿盛りや小鉢で提供。
失語	食べたい・食べたくないなどの意思を伝えられない、質問したくても上手くできない	何か困っている素振りを見逃さないよう観察する 誤った言葉の可能性があれば言い方を変えて訊く
失認	蓋付き、見えにくい色合いのものを残す 目についた物に手を伸ばす	配膳時蓋を外す、器と食材のコントラストをつける 一番に配膳する、他患者との距離をとる

表2 認知機能障害による生活障害と認知症ケアの例 ②排泄

	具体例	認知症ケア
記憶障害	排泄後であることを忘れて、すぐにトイレに行く(頻繁にトイレに通う)	泌尿器トラブル・下痢や便秘の有無の観察と対処 衣類を汚してしまうのではないかなど不安がある 気になることとらわれず過ごせるAC
見当識障害	トイレの場所がわからない トイレからもとの場所に戻れない	トイレの場所の表示・標識の工夫(見せたい人の目の高さ・わかる言葉の表現や絵・暖色系の色使い) さりげない誘導
実行機能障害・失行	排泄一連動作のどこかに障害がある	どの部分に障害があるのか観察・アセスメントし、必要な部分をケアする
判断力の障害・失認	トイレではない場所で排泄する	トイレの場所の表示 行動を見守り、さりげない誘導 いつも排泄してしまう場所を把握 (場合によってはその場所にポータブルトイレを設置)
失語	トイレに行きたい・行きたくないなどの意思を伝えられない	表情・言動に表れるサインを見つけ、誘導する (ソワソワする、理由なく立ち上がり歩き出す、“家に帰る”など別の要求、怒る・泣くなどの感情変化など)

表3 認知機能障害による生活障害と認知症ケアの例 ③入浴

	具体例	認知症ケア
記憶障害	入浴する理由がわからない(自分のことは全て自分でできる。家に帰って入ると言って入浴を拒む) 入浴したことを忘れ、また入ろうとする(洗髪・洗体したことを忘れ、同じ動作を繰り返す)	なぜ今からここで入浴するのか、一時的にでも納得していただけるように説明する 洗髪・洗体直後に「髪(体)を洗ってさっぱりしましたね」「もうかゆいところはありますか?」等の声を掛け、洗い終わったことを暗に伝える
見当識障害	時間・場所の見当がつかず、入浴が億劫になったり入浴そのものを嫌がる	いつでもどこでも24時間RO なぜ今からここで入浴するのか説明する
実行機能障害・失行	入浴一連動作に障害がある 身体機能障害はないが、洗髪・洗体・衣類の着脱などの動作ができない	どの部分に障害があるのか観察・アセスメントし、必要な部分をケアする
判断力の障害	どの手順で行動したらよい判断できない	言葉や動作で手順を伝える
失認	必要な道具があっても、気が付かない 段差や手すりに気付かず、転びやすい	道具や使い方の説明 転倒予防(見守り・声を掛ける・手を添える)
失語	入浴したい・したくないなどの意思を伝えられない	表情・言動に表れるサインを見つけ、誘導する

図1 介助歩行のよくない例

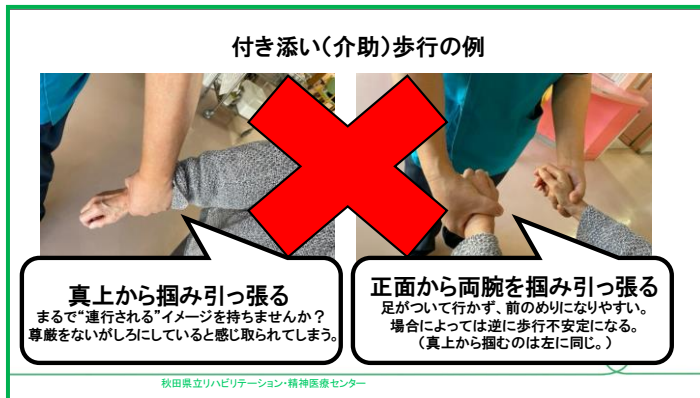


図2 介助歩行のよい例



なお、どのような場面でも、認知症をもつ方の記憶・見当識障害に伴う不安を最小限にするため、「今がいつか」、「ここがどこか」「目の前にいる人（スタッフ）が誰か」「現在の状況」などを意図的に伝える24時間リアリティオリエンテーション（24時間RO）を実施することが前提となる。

皆さんは、「排泄一部介助」と聞くと、どのような状況を想定されるだろうか。排泄一連動作（図3）では、排泄という動作に関わる行程が多く、複雑であることがご理解いただけると思われる。どの部分に介助が必要か観察するポイントは図4に示した。これらの観察により、できないこととできることを把握し、トイレの表示などの「環境調整」、時間での誘導・場所の案内などの「間接的介助」、立ち上がりなどの安全な移動・移乗もしくは衣類の上げ下げや拭き取りなどの「直接的介助」など、どのような介助をすべきか判断していくことで、「できることはやっていただき、できない部分をさりげなく介助する」という認知症ケアにおけるリハビリ的アプローチの中のADLの維持・向上へのケアが叶う。

また入浴では、記憶障害から入浴の誘導に拒否を示す方もいる。「拒否＝BPSD」と捉えず、どのような声掛けで誘導したらうまくいったか、拒否されたかなどスタッフ間での情報共有も大切である。

図3 排泄一連動作

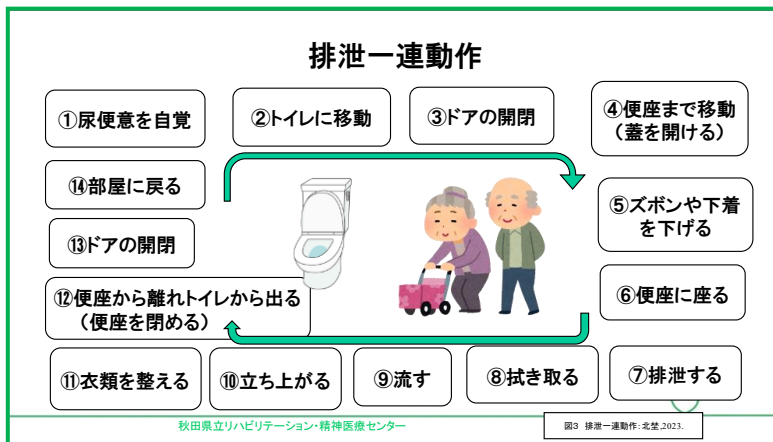
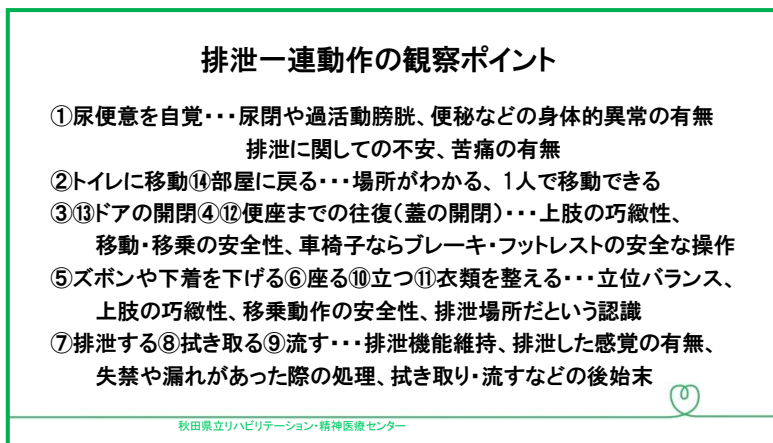
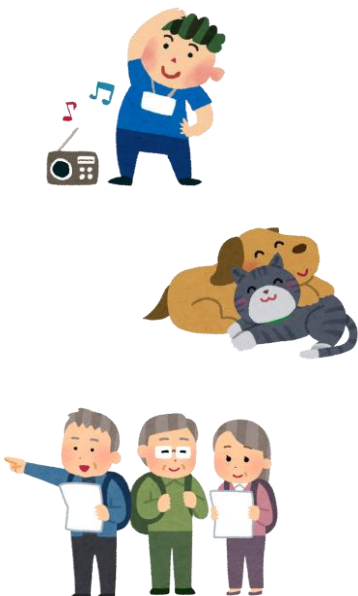


図4 排泄一連動作の観察ポイント



認知症ケアにおけるリハビリ的アプローチには、楽しい・心地よい・穏やかな気持ちになれるケアも含まれており、ここではアクティビティ・ケア（AC）を紹介する。認知症をもつ方に関わる職種の皆さまには聞き馴染みのあるワードではあるが、知識の再確認としてご一読いただきたい。ACの目的は ①安心感・爽快感を獲得する ②適度な刺激を受けることにより生活リズムが改善する ③良好な精神状態を維持し、ストレス解消できる ④楽しむ体験により、生活への潤いをもたらす、QOLが向上する ⑤BPSDの軽減 である。ACで大切なことは、相手に快適さを提供すること、相手の心を動かすこと（心を満たすこと）で、「楽しい」「懐かしい」「心地いい」「ワクワクする」といった感情を抱いてもらえるよう実施することが望ましい。注意点としては、退屈でこどもっぽい、意味がない、面白くない、と感じるようでは効果が半減するため、「自分は役に立っている」「自分はこれができる」という経験を毎日積み重ねることである。そのため、その人の得意なことや能力を引き出す作業を探り、たとえ不十分な行為でも、褒めたり、感謝やねぎらいの言葉をかけるとよい。褒める際には、「お上手ですね」といった曖昧な表現や上から目線の言葉ではなく、「色遣いが素敵」「私好みの色です」「器用ですね」「仕事が早いですね」など具体的な言葉を使ってみてはいかがだろうか。ACの内容（図5）は多岐にわたるが、その中の③休息では、「ただ何もしないことがケアならば何もしない」と考えないでいただきたい。本人が望み、何もされないことの方が快適で安心か、その方がより本人のためになるのか、という視点で考えることが大切である。午後30分程度の午睡が夜間の睡眠に良い影響を及ぼすとも言われているため、夜間不眠だからと日中はずっと起こしておく（座らせておく）のではなく、休息というケアを導入することも検討していただきたい。

図5 ACの内容



ACの内容（日常のケアを除く）

①**会話**: 家族や知人、親戚、他患者や他利用者、スタッフなどのおしゃべり

②**レジャー活動**

- ・ラジオ体操や嚙下体操、散歩などの運動
- ・書道・生け花・茶道などの趣味
- ・娯楽: テレビ鑑賞・ビデオ鑑賞・ラジオ・新聞・雑誌・ぬり絵
ゲームや遊び(囲碁・将棋・トランプ・カルタ、**レクリエーション**など)
- ・仕事・家事、学習活動
- ・音楽活動、手工芸、文芸活動(俳句・川柳など)
- ・セラピー: ドール・動物・アロマ・タッチングなど
- ・おやつやお茶の時間

24時間R0を使いましょう

その人に合ったACのためには、**生活歴や趣味・特技**などを知っておくことも大切です。

③**休息**: 午睡・目を閉じてまどろむ・特になにもしないことなど

④**非日常のイベント** 年中行事や旅行、発表会など

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

最後になるが、認知症ケアにおけるリハビリ的アプローチのためには、知識・スキル以外に、私たちが大切にすべき視点がある。1つ目は非言語的コミュニケーションで、笑顔や丁寧な所作といった非言語的コミュニケーションを十分に活用し、“大切にされている”と感じてもらえるように接することである。2つ目はミス避けるケアで、うまく出来ないことを指摘したり、行動を制止するのではなく、ミスが起こらないよう先回りすることにより認知症をもつ方の混乱を避け、尊厳を尊重し、持っている能力の発揮を助けることである。このような視点を基盤とした関わりにより、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生活支援が可能となり、ひいては認知症をもつ方の生活機能やQOL向上に寄与できるものと考えられる。

認知症治療のトピックス

Q & A

リハビリテーション科医長 医師 境 梨沙

認知症治療のトピックス

この原稿を執筆している2023年12月13日、認知症治療で新たな選択肢となるレカネマブ（一般名）が12月20日薬価収載されると発表がありました。このお薬は2週間に1回投与する点滴薬で、体重50kgの患者さんの場合、年間の薬剤費が約298万円となる見込みです。投与できる医療機関に条件があり限定されますが、20日から保険適用されるため個人負担は一定限度に抑えられます。脳のむくみや微小出血といった副作用が報告されているので、MRIが備えられていて専門の医師がいることなどの施設条件が定められました。また希望すれば誰でも使えるわけではなく、事前に適応があるか詳しく調べる必要があります。いつでも簡単に…というわけにはまだまだいきませんが、患者さんやご家族の光となる可能性があり、また治療を受けるというきっかけが受診につながることもあるのではと期待してしまう今日この頃です。

Q & A

Q: 認知症の方の対応で、どうすればいいかわからない。

講演会に対する質問やご意見をいただいた中で、一言でまとめると上記のような内容がとても多かったです。詳細は認知症の方の「拒否、食事介助、排泄トラブル、家族の疲弊、易怒性、不眠」など多岐にわたりますが、絶対的な正解は存在しないであろうと個人的に考えています。それは「パーソンセンタードケア」という言葉が示す通り、一人ひとり正解が違うはずだからです。こういったお悩みに対し、リハビリテーションが専門の医師である私は、薬物療法よりも環境調整（ベッドの変更、手すりや道具、装具、必要な公的支援の検討など）や残存機能を訓練で引き出すことで改善への道を見つけるようにしています。もちろんリハビリテーションだけでは100%すっきり解決しないことが多く、認知症の方の支援は一人だけでできるものではないと痛感する日々です。そうした中、先の講演会でPT・OT・ST・Nsから現場で実践している技術が惜しげもなく披露されましたのでぜひご参考になさってください。

さて、もともと認知症は専門外だった私が勉強のためにも活用しているのが「マンガ」です。教科書や論文ではイメージしづらいことが、イラストやわかりやすい言葉で、事例に沿ったストーリーで描かれており、とても身近に感じられます。ただのお話として終わるのではなく、支援の仕方や寄り添い方のヒントもたくさん入っています。一人一人の正解を見つけるきっかけになるかもしれません。一般向け書籍で、電子化されているものもあるので気軽に読んでみてはいかがでしょうか。

- 『マンガでわかる！認知症の人が見ている世界』川畑智 ら、文響社
- 『ねぼけノート 認知症はじめました』あさとひわ、朝日新聞出版
- 『認知症の人の「かたくなな気持ち」が驚くほどすーっと穏やかになる接し方』藤原るか ら、すばる舎
- 『消えていく家族の顔～現役ヘルパーが描く認知症患者の生活～』吉田美紀子、竹書房
- 『健康以下、介護未満 親のトリセツ』カータン、KADOKAWA



他にもたくさん出版されています。ぜひお気に入りを探してみてください。

FAX受診予約のご案内



外来（もの忘れ外来）受診予約 申込みカード

当センターでは、開設当初より医療機関や介護福祉関係機関等からFAXで「もの忘れ外来」の受診予約を受け付けています。

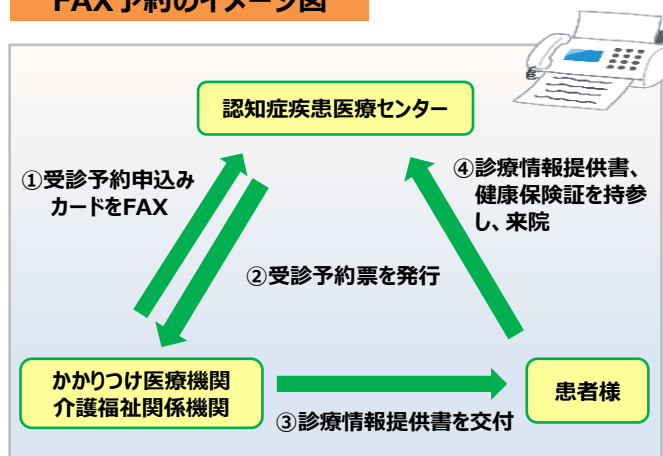
『外来（もの忘れ外来）受診予約申込みカード』は、現在の症状やADLの状況、既往・治療歴などをチェックする方式となっております。

様式（H26年5月改訂版）は、ホームページからダウンロード（Excel、PDFファイル）可能です。

（秋田県認知症疾患医療センターの【医療関係者の皆様へ】からご覧ください）

ご不明な点等ございましたら、お問合せください。

FAX予約のイメージ図



もの忘れ外来新患担当表（令和6年1月現在）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
担当医 （担当科）	佐藤隆郎 （精神科）	笹嶋寿郎 （リハ科）	佐藤隆郎 （精神科）	下村辰雄 （リハ科）	【隔週】 小林祐美 （精神科）
若年性認知症 外来	—	—	—	—	下村辰雄 （リハ科）

※診療体制は今後も変更となることがあります。ご了承ください。

介護福祉関係機関については、受診日までにかかりつけ医からの診療情報提供書の準備をお願いいたします。

