

5 認知症アプローチと 認知症短期集中 リハビリテーションの実践

はじめに

現在、認知症に効果があるといわれる多くのアプローチや取り組みが報告されていますが、どの取り組みもその効果に限界があり、認知症高齢者にかかわるスタッフや介護者の混乱を招いています。

その理由は、各アプローチの基本原理にズレが生じており、必要に応じて各アプローチを上手に使いこなすことができないからです。

認知症短期集中リハと一言で言っても、その目的は多岐にわたります（図1）。そのどれもが「認知症へのアプローチ（以下、認知症アプローチ）」の一部と言えるものです。

したがって、認知症短期集中リハを考える前に全職種で取り組む「認知症アプローチ」を理解することが、まずは重要ではないでしょうか。

そして、全職種で「認知症アプローチ」を行っていく過程で、リハビリスタッフができることを積極

的に認知症短期集中リハで実践していけばいいわけです。

認知症アプローチの基本

(1) 認知症高齢者の「不快」を取り除くこと

認知症アプローチの基本は、まず起きる・食べる・排泄・清潔・アクティビティーの「5つの基本的ケア」を徹底することにより認知症高齢者の周辺症状の原因となっている「不快な刺激」（図2）を徹底的に取り除き、「その人らしさ」を分かりやすくしてから、さらに不快な状態を改善し、快な刺激を提供して、身体拘束する必要のない状態を目指すというものです。

認知症短期集中リハの目的は何か？

- ① 周辺症状の改善
- ② 動作（ADL）の維持・改善（向上）
- ③ 中核症状の維持・改善
- ④ リロケーションダメージの改善
- ⑤ ご家族の介護負担感軽減
- ⑥ 予防的対応

図1 認知症短期集中リハの目的

社会福祉法人ひまわり福祉会 介護老人保健施設港南あおぞら
医学マネジメント部部长 理学療法士

田中 義行

「認知症アプローチ」の流れ

- ①「その人」にとって今より少しでもQOLなどを高めること(不快でなく快である状態)を目標とする。
- ②「その人」にとっての不快な刺激、快な刺激を理解するために、情報収集を徹底する。
- ③まず「5つの基本的ケア」を徹底することで、できる限り誰もが共通するであろう、不快な刺激を取り除く。
- ④「その人」にとっての不快な刺激を徹底的に取り除く。
- ⑤「その人」にとっての快な刺激(アクティビティーなど)を提供し、集中性を高めていく。
- ⑥そして、さらに「その人」らしさが分かってくる。
- ⑦また④、⑤、⑥を繰り返し、改善してくる。

周辺症状の増大



認知症高齢者に不快な刺激が加わると、
周辺症状が増大されます!

周辺症状と不快刺激の関係例

- 不潔行為**：オムツ内の便が不快。認識の障がいなど。
- 徘徊**：騒音などがうるさくて、落ち着く場所を探す。
見当識障害のため場所が理解できなくなる。
- 不穏**：一度に情報過多の話しかけ。便秘。
行動を否定・注意される。
搔痒感・痛みなど。
- せん妄**：脱水など。
- 物取られ妄想**：記銘力障害と見当識障害による。

(その他、さまざまな原因が考えられる)

図2 周辺症状と不快刺激の関係

ここでリハビリスタッフは「不快な刺激を取り除く」ことに積極的に取り組むことが重要になります。不快な刺激というのは看護・介護が取り組んでいる「5つの基本的ケアの徹底」に、リハビリスタッフの技術を活用することです。

例えば、本人の状態に合った座り方(図3)、食べ方(図4・5)への介入や清潔保持の視点から

の関節可動域訓練(図6)などです。

それにより、看護・介護のみで行うよりもさらに周辺症状の原因解決が進むと思います。その他、転倒しやすい認知症高齢者に不意な立ち上がりが見られるという場合、不意の立ち上りを予防することだけ考えるのではなく、リハビリの実施によって転倒しにくい状態になれば、不意な立ち上がり動作自

体が問題になることはなくなるのではないのでしょうか(図7)。

まず、認知症アプローチの基本として、周辺症状の原因解決をしっかりと行います。そのために看護・介護などの全職種と協力して認知症高齢者の不快な刺激を徹底的に取り除くことに集中することが大切です。

簡易シーティングの実施例 (図3)



ポジショニング前



ポジショニング直後

すり落ちないように足をバンドで固定されていた

傾いた右側にひじ置きをタオル等で固定し、足元も中央に安定して足が置けるように台を用意した。座位姿勢も適切に行えば、このようにすり落ちなし。座位が安定し痛みも減ったため、暴言が減少。

誤嚥防止用の食事環境セッティング例 (図4)



上手に設置できれば、過緊張が起これないため力まないで食事でき、むせこみも減少。確認のポイントは、麻痺側の上半肢が過緊張の場合、挙上する。



臀部の左半分の座面にバスタオルを敷く



テーブルと椅子を近づける



食器の置き方は左右間違えないように! 図は写真上側に利用者がいる状態



台の左側と体幹の左側をそろえて設置する



専用の台を使用し、食器の位置を高くする



両足部はそろえて、足底をしっかり床に接地させる

誤嚥予防のためのマッサージ指導の資料(図5)



(あごの下に両手をそえます)



(あごからこめかみまで手をすべらせていきます)



健常者でも、マッサージ前後で空嚥下(30秒~1分間)をしてみると、その変化が分かる。

清潔保持のための関節可動域への対応例(図6)



拘縮がある方の手指の開き方を介護・リハスタッフで統一。いきなり指から行わず、①肩関節軽度屈曲、②手関節軽度屈曲を行い、指が緩んでから、③母指を開き、④他の指を一本ずつ開く。



水虫予防対策としての、足の指の開き方・拭き方の指導(右が望ましい)。搔痒感による周辺症状(イラつきなど)が軽減。

下肢の痛みへのリハリストッフ対応例(図7)



アプローチ前



アプローチ後

歩行や移乗時の膝関節の側方動揺(アライメント異常)が理学療法で改善し、膝痛が軽減したため、不意に立ち上がっても転倒の危険性がなくなった。現在、起居・移乗は自由に行動(自立)。

(2) アクティビティの導入

認知症高齢者へのアクティビティの効果として、注意障害、特に持続性・配分性の低下 (Solberg and Mateer 1989) による不穏・不安・混乱の軽減が考えられます。

アクティビティの効果をより高めるためには、まずは周辺症状の原因解決が重要です (図8)。周辺症状の原因が解決していないのにアクティビティの提供を行っても、どうしても「その場しのぎ」の対応になってしまうからです。

注意障害に対するアプローチは、覚醒を高めることが基本になります。まずアクティビティ提供は「その人にとって」楽しい・取り組みやすいものを用意し、覚醒を高めることが重要です。

前述したSolberg and Mateerの研究では、高齢者の注意障害の中で、配分性は高齢化で低下するが、持続性は高齢化では低下しにくいという報告があります。アクティビティの導入は、①不快な刺激をできるだけ取り除いた状態で、②その人が取り組みやすいように楽しめるもの「その人にとって快な刺激になり得るもの」を提供し、③持続性に対してアプローチするようにする、ということが重要です。

(注) 認知症短期集中リハは個別訓練が原則なので、例えば集団でのアクティビティは認められていません。

アクティビティも大切だが、まずは周辺症状の原因解決



編み物をする集中



目薬をさす

徘徊・帰宅願望が強い症例。独歩可。アクティビティとして編み物に積極的に取り組んでおられ、編み物を促すと集中して落ち着くが、編み物が終了するとまた周辺症状が起きはじめる。いろいろ探った結果、目が乾くと辛くなり帰宅したくなる様子であり、定期的に目薬を看護師がさすと編み物をしなくても落ち着くようになった。

図8 過去の事例から

中核症状への対応

認知症の中核症状には、記憶力障害・見当識障害・理解力の低下・遂行障害などが挙げられ、私たちはこれらの残存機能を發揮できるようにし、それが基になって起こる周辺症状を改善し、日常生活活動(以下、ADL)における介助量の軽減・自立を促します。

これらの障がいは覚醒状態に影響を受けていますので、まず覚醒状態をしっかりと高め、注意の持続性の向上を目的としたアクティビティを行います。

見当識障害はまず記憶力障害(特に短期記憶障害)に影響を受けますので、記憶力障害改善の可能性を評価し、検討します。この評価時に注意すべきこととして、改訂版長谷川式簡易知能スケール(以下、HDS-R)などのスケールを用いながらも、実際の行動観察と併せて評価し残存している機能と改善の可能性を把握します。記憶できる可能性がある場合は、実際のADL場面で反復することで効果が得やすくなります。

見当識障害に対しては、施設内のポイントとなる場所に現在の場所、トイレや自室が分かりやすい工夫(環境整備)を行います。

中核症状改善の可能性が難しいと思われた場合は、職員のコミュニケーション方法・対応を統一し不安・混乱の軽減を図ります。中核症状により大量の情報が処理できないのであれば、情報入力を適切な量と速度に調節することで、不安・混乱を抑える

HDS-Rの活用例(図9)

<一度に理解できる語数確認>

- お年は、いくつですか？【2語】
- 今日、何年の、何月何日ですか？【3語】
- 100から、7を、順番に、引いてください。【4語】

<記銘力の状態確認>

- 5つの物品を覚える【短期記憶】
- ここはどこですか【場所の見当識】
(記憶できる可能性を探れる)

正確に使用すると、いろいろな情報が分かる。

ことも増えてきます。どれくらいの量と速度の情報入力なら理解できるのかを知るために、最も適しているのはHDS-Rの活用と考えています。HDS-Rはその設問の言葉の数(語数)も決まっています(図9)。どれくらいの情報(語数)が一度に入力されても理解が可能なのか、言葉の入力速度はどれくらいで理解が可能なのか、確認することが出来ます。また言葉の入力で理解が難しい場合、身振りなど視覚的イメージでの理解が可能であるか評価します。それらの情報をケアプランに取り入れ、全職種で共有し、介助場面やADL訓練に活用します。

認知症高齢者へのADL訓練

認知症高齢者は、ADLの動作を学習する際には記銘力障害・見当識障害・理解力低下・遂行障害の影響を受けます。このため、ADL訓練は覚醒を高めた状態で実施します。そして、学習するためにADL訓練を丁寧に戻します。この際、実際の生活場面でそのADL訓練を実施することが望ましいです。

動作の学習は受動的に行うよりも、能動的に行う方が適応行動の学習効果は高くなるという報告があります。そのためその人にとっての快・不快を知ることにより、能動的な訓練になるように誘導します。例えば私たちも、普段興味のないことでも何か特別な状況であるのだという情報があれば、気になり、その時だけは参加してみたりすることはよくあると思います。

また、障がいを含併している認知症高齢者に、健常者の動作に合わせた訓練や介助を行うことは、心身ともに無理を強いることがあり、動作が改善しないばかりか、認知症の各症状と相まって、後々に廃用・誤用症候群などのリスクを引き起こすこともあります(図10～13)。筆者は「人間本来の自然な動きを引き出す」介助は全介助方法のときに活用しています。

健常者の移乗は中腰で行われる(図10)

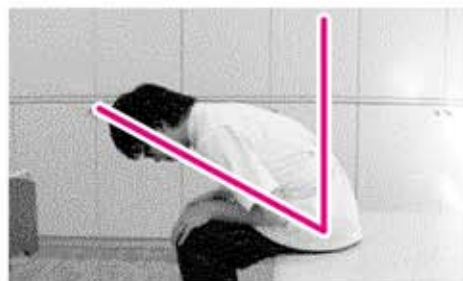


健常者の自然な移乗動作の多くは、まっすぐに立位を取らず、中腰の状態で行われている。

立ち上がり動作の考え方(図11)



健常者の立ち上がり動作前傾角度



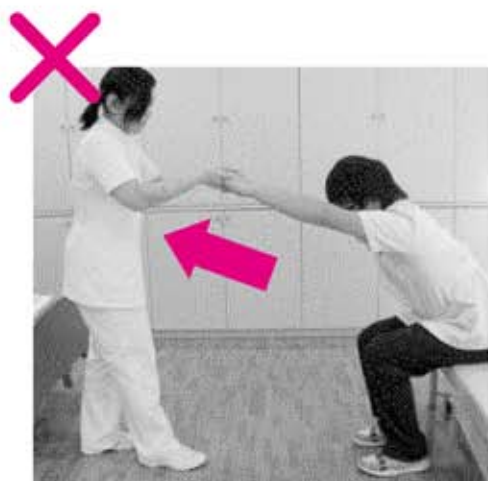
高齢者の立ち上がり動作前傾角度

認知症高齢者に、健常者と同じ動作をトレーニング、もしくは介助をしようとしていないか？ それでは学習できないだけでなく、辛いだけの可能性がある！

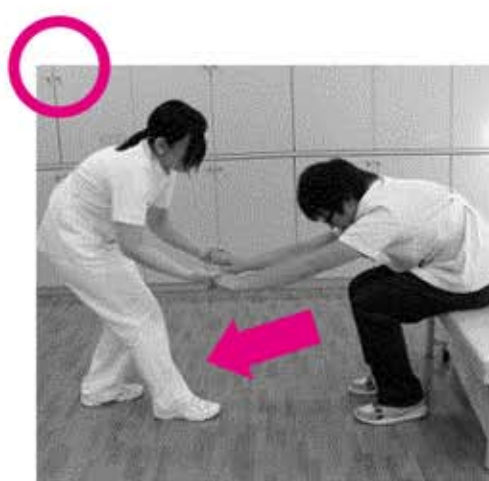
認知症高齢者へのADL(動作)訓練の注意事項をまとめると、

- ① 理解しやすく複雑でないこと
- ② 認知症高齢者が能動的に持続して取り組めること
- ③ 辛いくないこと
- ④ 現在の障がいを持った身体構造に適したADL(動作)であること
- ⑤ 記憶力障害・見当識障害の状態を考慮すること
となります。

立ち上がり動作訓練の実践例(図12)



重心が前方の足部に移動できていないため、立ち上がりしにくく、認知症高齢者が拒否しているように見えやすい。



前下方に誘導することで、重心移動が行いやすいため、楽に立ち上がり動作を促せる。

認知症高齢者への訓練、介助動作(図13)

中腰時の骨盤の傾きと
下肢振り上げ(ステップ動作)
の関係

中間位の方が下肢の
振り上げが行いやすい



骨盤前傾(中腰状態)では、下肢の振り上げ(ステップ動作)が行いにくく、方向転換しにくい。



骨盤中間位(できるだけ起きた立位)では、下肢の振り上げ(ステップ動作)が行いやすくなる。

自然な動作の再現ではなく、
現在の身体構造・機能に合った
動作を引き出す

障がい者も中腰が
楽とは限らない!



中腰状態で移乗していたときは立位保持も安定せず、方向転換時に介助を要する。



できる限りまっすぐ立位になる訓練を追加してから、立位保持や方向転換が安定し、移乗は自立した。

リロケーション ダメージへの対応

認知症高齢者が環境変化に適応しにくく、それが原因となって周辺症状が悪化したり、逆に活動性が低下したりすることは既に知られています。「短期集中リハビリテーション（以下、短期集中リハ）」実施の目的の一つに、環境変化時に起こる活動性低下による廃用症候群の予防も含まれています。

環境変化による周辺症状への対応は、前施設など慣れた環境を確認し、できるだけ継続できるようにします。環境というのは周囲のセッティングだけでなく、スタッフの対応方法など人的環境のことも含まれます。

環境変化による活動性の低下では、特に病院・施設から在宅への退院・退所、リハビリ病院から介護保険施設への移動などの場合に多くみられますので、刺激量の維持・活動性の向上を図るためにアクティビティーの積極的導入を行っていきます。



ご家族への対応

認知症への理解が高くないご家族の場合、ご家族の良かれと思う対応・かわり方が実は不快な刺激になっていたり、ストレスから介護意欲が低下してしまうことが多くあります。私たちサービス提供側がご家族の介護負担感をしっかりと把握し、その軽減を図ることが必要になります。当施設での取り組みとして、介護負担感の変動をVAS (Visual analog scale) を使用して評価しています(図14)。

以前、当施設で調査時に得られた結果として、入所サービスでは9割弱、通所サービスで4割強のこ

家族に介護意欲の低下がみられるという結果が

出ました。ご利用者のADLを向上させても、ご家族の介護意欲が低下しては在宅復帰や在宅支援は困難です。そのため対応として、当施設ではご家族へ、周辺症状への対応方法のアドバイスや、ご家族への勉強会と意見・情報交換会をミックスした会を開催してフォローに努めています(写真1)。

周辺症状など大きな問題がない認知症高齢者には、予防的対応として「5つの基本的ケアの徹底」を含む不快の除去や、活動性低下の予防のための快刺激の提供(アクティビティーを中心に)を積極的に行っています。

①周辺症状について(〇〇月〇〇日)

周辺症状 (症状の重要度順)	発生頻度 (回/週)
1: 自室での喫煙	2
2: 暴言	5
3: 徘徊	夜間中多い

②介護負担感(〇〇月〇〇日)VASの応用



図14 介護負担感の評価方法例



写真1 ご家族への勉強会(職員・ご家族同士の交流会)

認知症アプローチを どのように 「認知症短期集中リハ」 として行っていくのか

ここからは前述してきた内容をどう「認知症短期集中リハ」として行っていくのか、まとめたいと思います。

当施設では認知症短期集中リハを実施する認知症高齢者に対しては、必ず短期集中リハも同時に実施するようにしています。また、短期集中リハと認知症短期集中リハを同時算定できる日は、必ず短期集中リハ↓認知症短期集中リハ実施と連続して行うようにし、まずは周辺症状の原因と考えられる不快な刺激を取り除くことを中心に、アクティビティーや中核症状へのアプローチは認知症短期集中リハとして実施しています。特に大切なことは、実質3ヶ月間の認知症短期集中リハの実施で、終了後もその効果をできるだけ持続させることです。そのためには、短期集中リハも含めて実施期間中に原因解決を中心に行うことが重要と考えています。

事例紹介

(事例1)



Aさん(女性)

- アルツハイマー病
 - 中等度の難聴
 - 車椅子
- (歩行することはできない状態)

アルツハイマー病のAさん(女性)は、中等度の難聴であり、日中は車椅子に座ってポーツとしていることが多く見られました。「トイレへ連れて行って」と訴えることも多く、夜間は特に頻回にあり、多いときに30回以上自室から這い出してきました。

ご家族の情報から、Aさんはお寺の娘さん

であり、経を読むことが日課であったことが分かったため、ご家族より信仰していた宗派の経のテープとその経典、イヤホンを持参していただき、読経を毎日の日課としてアプローチに組み込みました(写真2)。

その結果、開始当初は、読経が1分間継続できるかできないかの状態でしたが、徐々に読経の継続時間が延び、5分間ほど集中して読経可能になってきました。そのころ、夜間尿意のための這い出しが、多いときでも10回以下まで軽減し、日中の覚醒もさらに向上してきました。ご家族のことやAさんのことについて質問すると積極的に答えられるようになり、お寺の話やご家族の自慢もされるようになりました。



写真2 イヤホンを使って読経

(事例2)



Bさん(女性)

- 入所時のHDS-Rは5点
- 時間・人への見当識障害
- 過去に転倒の繰り返し

Bさん(女性)は入所時のHDS-Rは5点でした。歩行状態は独歩でしたが、方向転換時にふらつきがみられ、過去に何度も転倒を繰り返しているという事前の情報がありました。入所直後から不意に立ち上がることが多く、食事を摂取されたことをすぐに忘れてしまい、「まだ食事をしていないので食事をさせてください」との訴えが多く聞かれました。

入所直後から、短期集中リハ(週5回)・認知症短期集中リハ(週3回)で3ヶ月間実施しました。

40歳代ころは非常に編み物が好きだったというご家族からの情報があったため、編み物が可能な女性職員に最初の部分だけ編んでもらい、続きをBさんに編んでいただくというアクティビティーの導入を図りました。当初は2分ほどで疲れたと自ら中止していましたが、繰り返すことに持続時間が延び、3ヶ月で15分ほど続けることが可能になりました。持続性が向上してきたためか、1回ことの食事摂取量が増え、食事の訴えについては認知症短期集中リハ実施から1ヶ月後には減少し始めました。

退所後のプランについて、入所2ヶ月過ぎたところから準備を開始し、入所後4ヶ月で自宅復帰されました。

Bさんの退所時のHDS-Rは10点。周辺症状・転倒は見られなくなりました。現在、退所後6ヶ月になりますが、変化はないとのことです。



まとめ

認知症短期集中リハは各職種の目的(方向性)がバラバラになりやすく、リハビリスタッフ独自にリハビリ計画を進めてしまい、アクティビティーや身体トレーニングのみを行ってしまいがちです。

認知症短期集中リハは、決してリハビリスタッフが独自に進めていくものではなく、全職種で意見交換をして策定されるケアプランを基に、リハビリテーションマネジメントが行われることが重要です。

そして認知症短期集中リハは決して特別なアプローチではなく、従来のアプローチも活用できます。視点を少し変え、今までの手法・手法を丁寧に行うことこそ、最善のアプローチだと思えます。



【参考文献】

- 1) 田中義行:構造構成的認知症アプローチ,現代のエスプリNo.475,至文堂,2007
- 2) 吉岡充,田中とも江(編):縛らない看護,医学書院,1999
- 3) 身体拘束ゼロへの手引き:厚生労働省,2001
- 4) 加藤伸司,浅野弘毅:中核症状と周辺症状,りんくるNo.9,中央法規出版,2006
- 5) 先崎章,加藤元一郎:注意障害,高次脳機能障害のリハビリテーションVer.2,医歯薬出版,2004
- 6) 妹尾弘幸:認知症の方へのADLケアの工夫,ぐるケアNo.17,QOLサービス出版,2009
- 7) 富田昌夫(項執筆),内山靖(編):理学療法評価学第2版,医学書院,2004