

施設における高齢者医療

3. 高齢者施設における認知症治療、ケア、リハビリテーション

The medication, care, rehabilitation for dementia people in long term care facilities

田中 志子

要約

高齢者施設における認知症治療やケア、リハビリテーションをどのように進めていくべきか。認知症の人が、一人の人として大切にされ、役割のある居心地のよい居場所で過ごすことは、心の安定に大きな好影響を与える。生活の場がどこであろうと、認知症の人や家族を支援し、良質なケアを提供できるように支えることが私たちの使命である。こうした観点から、認知症の治療やケア、リハビリなどについて、現場実践の update を考えてみたい。

Key words 認知症、リハビリテーション、地域包括ケアシステム、BPSD、選択性自立プログラム
(日老医誌 2016 ; 53 : 108-115)

総説

認知症リハビリテーション(以後認知症リハ)には、認知症がある人の運動麻痺や骨折の理学療法など身体リハと、認知症そのものをターゲットとして行うリハがある。当院では、山口ら¹⁾の提唱する脳活性リハを基本にしたリハビリを認知症リハとして行っている。すなわち、認知症の人が現在の様々な能力を発揮して役割を持った活動ができるように、認知症の人が信頼しているスタッフからその様子を褒められて、喜びを感じることができるようリハビリである(写真1)。

これら認知症リハや認知症ケアの難しいところは、エビデンスを評価しにくいところだと考える。認知症の人の症状は個人ごとに、あるいは病気によって多彩に出現する。認知症の人の「改善度」を認知機能でみることに意味があるだろうか。認知症の人の改善度を評価するには全人的にその人を捉え、様々な角度から

評価をする必要がある。2001年にWHO(世界保健機関)が提唱したICF(国際生活機能分類)の視点を



写真1 病院の畑を利用したリハビリ
誰もが利用できる病院の畑で、外来の患者も病棟の患者も、併設の施設の利用者も畑作業をする。写真は、畑の草むしりをリハビリとして行っている様子。

用い、「認知症があっても、できること」や「めったに見られない屈託のない笑顔」や「発揮する事の無かった能力を使うこと」、あるいは「介護に頼らず自分で出来ることが増えた時の満足気な表情」こそが、認知症リハや認知症ケアの成功の指標であると言える¹⁾。

これらを測る尺度はまだまだ発展途上である。認知症の人とのかかわりの中で必要なものはエビデンスではなくナラティブではないだろうか。実際に「認知症疾患治療ガイドライン2010」²⁾では、非薬物療法についてグレードなしやグレードCIとされている。

多くの病院が取り入れようとして広まっているユマニチュードに関して、認知症の人の改善を示す論文は見られなかった。エビデンスがないのに広まるのは、ケアで大切なものはエビデンスではなく理念とテクニックだと言える。エビデンスがあるに越したことはないので、これから私たちに求められることは現在の取り組みを何らかの形で評価し、指標化することであると思う。しかしながら、ほかの疾患と違い「生活することそのものの困難」や「ケアをする家族との関係性の構築」などが、治療の対象となる認知症という病気においては、メタ解析などよりもナラティブケアのかかわりのほうがなじむように思われる。とりわけ介護する家族との関係を改善させたり、家族の顔がわからなくなるように進行していく認知機能や、これまで出来ていたことが出来なくなっていく様について家族のショックや受け入れ、共に生きる支援をすることは理屈やデータでは改善できない。

一方で、地域包括ケアシステムでは、年老いても住み慣れた地域で元気に社会生活を送れるようにすることが命題である。複数の慢性疾患を抱えた高齢者が急増するなか、できるだけ早期の在宅復帰を果たすには、高齢者施設における認知症治療やケア、リハビリテーションの役割が非常に重要となる。ここでは、認知症の人に対する医療、ケア、リハビリテーションなどについての現場実践の update をまとめた。

認知症医療の update

1) 認知症の背景疾患を診断する

言うまでもなく、認知症は病名ではなく症候名であ

る。認知症の医療は、認知症か否かを見ることから原因となった疾患を見極める時代に移り変わっている。

それは、疾患により、治療が可能であったり、症状の特徴などから、求められるケアの手法や対応や環境が違ってきたりするからである。これは高齢者施設内でも同様に認知症の背景疾患を追究する必要がある。しかしながら現場での診断率は、回復期病棟の調査で原因不明と未回答を合わせると62.7%で背景疾患が診断されていなかった³⁾。

2) 診断・治療

脳病変の画像化が進行しており、アミロイドイメージングは保険診療に向けて申請中であり、タウイメージングも実験的には成功し、臨床試験が始まっている。この二つとMIBG心筋シンチ(末梢交感神経系のダメージを示し、レビー小体型認知症/パーキンソン病で特異的に低下)を組み合わせれば、ADならアミロイド陽性・タウ陽性・MIBG正常というように多くの認知症で原因疾患が正確に判別されるようになる。これらの画像診断で、しっかりと診断がついていなかった症例も嗜銀顆粒性認知症や神経原線維変化優位型老年期認知症等と診断されるだろう。

しかし、現時点では認知症医療は対症療法なので、画像所見ではなく臨床症状をきちんと把握して、その症状に対して適切な薬物療法を行うことが求められている。診断を付けたあと、添付文章通りのマニュアル医療を行うのではなく、認知症の人の症状や生活状況、家族の困る症状に目を向けて、それらをうまく調整して「穏やかな生活」を支えることが求められている。

そもそも薬物を処方通りに飲める環境下で生活しているのかどうか、アドヒアランスはどうかなど主治医には知っていてほしい。また、その他の変性疾患から来る認知症に対しての薬物治療の可能性にも期待したい。

3) 家族に対する教育と支援

老年科医にとって最も重要であると思うのはここである。医師の仕事でないと思わずに、力を入れてほしい。仮に時間が取れないとすれば、自分のチームの中に家族支援ができるスタッフを育成してほしい。



図1 大誠会グループ 理念の樹

認知症という病気は外からは非常にわかりにくい、理解されず、受け入れられにくい状況である。レビー小体型では認知機能の変動が特徴であるために出来る時と出来ない時の差が激しく、家族は非常に混乱する。また、見ないものを見えると言ったり、もの盗られ妄想などが自分に向いた時には、どの家族も体調が悪くなるほど精神的にも追いつめられてしまう。

疾患について説明し、今後起こりうる変化を伝え、これから先も私たち医療者、あるいは介護にかかわるプロたちが認知症の人だけでなく、家族のことも支え、伴走し、ともに幸せに生きていく覚悟があることを伝えることが重要である。つらいときにはいつでも頼っていい場所があることをきちんと伝えることで介護虐待や、気の毒な介護殺人を減らさなければならない。家族には、もともとの家族関係や軋轢などもある。そこを踏まえて家族介護が必ずしも成功しなくていいことを伝えることも必要である。そのためにそこを受け止める病院や施設職員の認知症ケアに対する教育は必要不可欠である。

認知症ケアの update

認知症のケアはBPSDを作らないケアと環境を提供し、その人の持つ能力を安心して発揮し、褒められる場所を提供することである。

1) 認知症ケアに理念と愛を駆使する—実践編—

当法人は、群馬県認知症疾患医療センター内田病院を中心に、介護施設、サービス付き高齢者向け住宅などを併設し、医療と介護の両面から一体的に高齢者医療・ケアに取り組んでいる。法人の理念は「地域といっしょに。あなたのために。」である。さらに共有することは、笑顔で支える地域医療、それが私たちのまちづくりという概念である(図1)。医療と介護を一体的に提供するためには、多職種協働が欠かせない。前述のユマニチュードでも大切にされているのはケアの理念である⁴⁾。



常食

ソフト食

写真2 高齢者ソフト食の例（肉じゃが）

常食の肉は脂身の多いしゃぶ肉，ソフト食の肉は，柔らかくした玉葱に卵の素という卵と油を混ぜたものをひき肉といっしょにカッターにかけ，団子を形成し蒸すことで，刻まなくても舌でつぶせる硬さで提供することができる。

しっかりとした栄養が摂れ，しっかりと動くことで，フレイルやサルコペニアの予防に力を入れている。

2) 尊厳を守り心身の機能低下を阻止する一身体拘束ゼロへの取り組み—

大誠会は2001年に拘束廃止宣言を行った。認知症の人にBPSDがみられたり，治療が必要な場合でも患者の手足を縛る，ミトンをするなどの抑制をしない。それが治療とケアの現場の当たり前となっている。厚生労働省でも急性期病院などにおける職員のための認知症対応力向上研修を進めている中で拘束廃止を示している⁵⁾。

身体拘束を行わずに治療をするためには工夫が必要だが，転倒予防としてセンサーマットなどで体動を把握したり，転倒時の衝撃を少なくするために超低床ベッドや衝撃緩衝マットを使用したり，安静を保てない方に対して赤ちゃん人形の使用や頻回な訪室，声かけを行うことで気持ちが落ち着くように工夫している。

3) たべることは生きること—栄養ケアへの取り組み—

2005年に高齢者ソフト食を導入した（写真2）。高齢者ソフト食の特徴として，柔らかく，口の中でまとまりやすく，喉を通りやすいため，誤嚥性肺炎の予防

につながりやすく，見た目も美しい⁶⁾⁷⁾。高齢者ソフト食を提供している，当法人の特別養護老人ホームは，平均年齢86.5歳，平均要介護度4.3という重度な介護や医療を必要とする施設であるが，2014～2015年の二年間を通じて嚥下性肺炎での入院者がわずかに3名であった。最後まで口から食べることを理念としている施設である。しかも唾液誤嚥のリスクのある胃瘻患者も多い。その中でこういった結果が出るということは，食事の形態を常に評価し，適切な形態のものを提供する。出来る限り経口摂取し，禁食を控えること，口腔ケアをしっかりとしていることが要因と考える⁸⁾⁹⁾。

4) 認知症サポートチームの取り組み

認知症ケアにはチーム医療が欠かせない。2014年に認知症サポートチーム（Dementia Support Team：DST）という認知症の人やその家族，多くのスタッフを支えていくチームを新たに発足した。

このチームは，認知症に精通した専門医，看護師，薬剤師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，精神保健福祉士，臨床心理士などの多職種から構成され，外来や病棟の回診，適切な診断や治療，内服調整，リ



①書道教室 (MCI の人が教える役になる)
90 歳で教師役をした女性のナラティブ
「教えることで生き甲斐をもう一度取り戻しました」



②歌おう会 (遺族がボランティアとして活躍)
「また、くる場所ができて、幸せ。自分の老化防
止にもなる。」



③料理実習 (誰ともなく協力して手が出る)
一人暮らしの人のナラティブ
「ここでみんなと活動できなかつたら生きていても
仕方ない。とても楽しみ」



④お裁縫教室 (誰もが参加できる)
裁縫の教師役の軽度認知機能障害 (MCI) の女
性のナラティブ
「私でも役に立つことがあるんだね」

写真3 ラウンジ活動の様子

ハビリテーションや非薬物療法の取り入れ、認知症の人のサポート、家族へのアドバイス、スタッフ教育や研修を行っている。update な試みである。

認知症のリハビリテーションの update

認知症リハのポイントは認知機能そのものの改善に焦点を当てるのではなく保たれた認知機能や生活能力が廃用性に低下することを防いだり、あたかも錆がとれたかのごとくにいったんは改善して見えるところまで引き上げることを目指すことである¹⁰⁾。

1) 最新認知症リハの実践

老人保健施設の認知症短期集中リハは個別リハであ

るが、認知症の人に対するリハは個別よりも集団リハで力を発揮するという報告がある¹¹⁾。実際に、老健においては集団的個別リハというなかかわりでリハを提供している (写真3)。

2) 地域包括ケアシステムの中における認知症リハビリテーション

先の写真は、地域包括ケアシステムを意識した地域における活動の中での通所リハの認知症リハの様子である。当院が運営するサービス付き高齢者向け住宅の1階には、ラウンジを設置しており、そこは病院の廊下とつながっている。ここは認知症の人が「先生役」として仲間や地域の人に自分の得意なことを教える役割発揮の居場所である。そして、時に受講生や参加者



①自分の一日のスケジュールを選択している様子

②昼食を自分で配膳している様子。できることは自分で行う。

写真4 通所リハビリの様子



写真5 Happy End Of Life Tree (終わりよければすべてよしの樹)

としても楽しむ。

また、地域の高齢者やひとり暮らしの方の仲間づくり・交流の場、役割発揮の場として解放している。毎月さまざまなイベントを開催し、子どもから高齢者まで幅広く利用していただいている地域コミュニケーションの拠点となる場所である。不登校の子供がボランティアとして活動することもある。

「昔はああった」「そういえばそうだった」「こんなこともできるのね」「ありがとう」「どういたしまして」と、笑いや同感が生まれるなかで互いに支え合い、共に癒される。

3) 自立型選択プログラムのリハビリテーションの実践

当院の通所リハでは、生活リハに軸足を置き、日常生活を送る上で大切な「自分で選ぶ」ことを行い続ける支援をしている。updateとしては、認知症の人に限らず高齢者のリハに生活リハの視点が入ったことである。厚労省は介護保険の認知症リハを『実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等に能力をしっかりと見極め、これを最大限に生かしながら、ADL（食事・排泄等）やIADL（掃除・趣味活動・社会参加）の日常生活を自立し継続できるよう推進する。』と定義している¹²⁾。

さらに当院では、受け身型ではなく自ら選び、動くリハビリテーションを目指している。利用者は、朝通

所りハビリに来ると、その日の自分の一日のプログラムを選択する。その中で、その日の気分や体調や行われているプログラムに合わせて通所りハビリテーションを行う（写真4）。

総括

地域包括ケアシステムにより、高齢者施設は、今後必ずしも終の棲家や長期生活の場であり続けるか否かわからない。家庭で生活をするためには、家族が認知症の人の病状やBPSDは予防が第一であると理解し、安心して共に暮らせる体制をつくる必要がある。認知症の人のADL低下の予防やBPSDの緩和に努めることで、認知症の人の自宅での生活の可能性が高まる。さらに家庭での良質なケアを提供するためには、家族だけでBPSDに対応することは困難である。家族が疲弊しないよう認知症の人と同等以上のケアを要する。認知症の人や家族などが集い、安心して過ごしたり、交流したり、自ら想いを発信する場も今後はさらに必要だろう。認知症の人が、一人の人として大切にされ、役割のある居心地のよい居場所で過ごすことは認知症の人の心の安定に大きな好影響を与える¹³⁾。生活の場がどこであれ認知症の人や家族を支援し、良質なケアを提供できるように支えていくことが私たちの役割である。

最後に私たちのかかわりのアウトカムとして二枚の写真を示す（写真5）。私たちは、高齢者終末期のケアをHappy End Of Life Care[®]と呼び力を入れている。「最期こそ、ここでケアを受けてよかった」と思えたら命日とイニシャルを刻印した葉として、院内のランドマークである「終わりよければすべてよしの樹」にその葉を飾る。左が設置時のもの、右が4年たった現在のもの、多くの葉が集っている。認知症の医療、ケア、リハビリテーションに共通して言える真髄は「愛こそはすべて」である。

著者のCOI（Conflict of Interest）開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 山口智晴, 山口晴保: アルツハイマー病の非薬物療法. 日本老年医学会雑誌 2012; 49: 437-441.
- 2) 日本神経学会: 認知症疾患治療ガイドライン 2010, 医学書院, 2010, p115-120.
- 3) 田中志子, 山口晴保, 中間浩一, 西千亜紀, 牧 陽子, 斉藤正身ほか: 介護老人保健施設における認知症の実態と対応—日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査. 地域リハビリテーション 2014; 9 (8): 656-660.
- 4) 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ: ユマニチュード入門, 医学書院, 2014, p5.
- 5) 厚生労働省ホームページ: <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000087781.html>
- 6) 田中志子: Happy End Of Life Careの実現を目指して. 超高齢社会の進行による問題と医療制度「臨床栄養」別冊 JCN セレクト 10 高齢者栄養ケア UPDATE 介護予防から終末期まで栄養ケアの現在がわかる, 医歯薬出版, 2015, p2-6.
- 7) 八巻法子, 白坂誉子, 佐藤三佳子, 市村久美子: ソフト食の導入が施設入居高齢者の栄養面, 摂食・嚥下機能面に及ぼす影響. 日本老年看護学会誌 2012; 17(1): 83-90.
- 8) Maeda K, Koga T, Akagi J: Tentative nil per os leads to poor outcomes in older adults with aspiration pneumonia. Clin Nutr 2015[Epub ahead of print].
- 9) Koyama T, Maeda K, Anzai H, Koganei Y, Shamoto H, Wakabayashi H: Early Commencement of Oral Intake and Physical Function are Associated with Early Hospital Discharge with Oral Intake in Hospitalized Elderly Individuals with Pneumonia. J Am Geriatr Soc 2015; 63 (10): 2183-2185.
- 10) 池田 学編: 認知症 臨床の最前線, 医歯薬出版, 2015, p189.
- 11) 山口晴保, 中間浩一, 西千亜紀, 田中志子, 牧 陽子, 亀ヶ谷忠彦ほか: 回復期リハビリテーション病棟における認知症の実態と対応—日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査. 地域リハビリテーション 2014; 9 (8): 662-668.
- 12) 厚生労働省ホームページ: http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu_Shakaihoshoutantou/0000051768.pdf
- 13) 松岡広子, 村井美紀: 認知症高齢者の家族介護者の心情 文献研究が明らかにするその経時的様相. 日本認知症ケア学会誌 2013; 12 (4): 796-803.

理解を深める問題

問題 1

認知症医療のアウトカム（目的・目標）は何か，3つ選べ。

- a 穏やかな在宅生活の継続
- b ADL の改善
- c 脳萎縮の改善
- d 家族の介護負担軽減
- e 本人の満足感

問題 2

認知症の人の意欲を高めるのに役立つものはどれか。

- a ほめられること
- b 失敗しないかかわり
- c 役割を持つこと
- d 安心できる居場所
- e なじみのかかわり

問題 3

診察時の医師の態度で適切なものを3つ選べ。

- a 笑顔で正面から向き合う，本人・家族のニーズを受け止める
- b 家族の情報から正しいことのみを聞き取ること
- c 家族だけが大変じゃないと家族の不満をさとすこと
- d 家族をねぎらうこと
- e 双方の話をきき，関係の調整をすること

問題 4

認知症医療のコツは何か。

- a チームスタッフを育て，チームで行う本人・家族に感謝される
- b 自分自身が楽しむこと
- c 患者と「人と人」として接し，大切に思うこと
- d 時間の中で全て行うこと
- e 自分以外の職種にも対等に接すること