実践！グループホームケア

［第25回］

認知症介護研究・研修東京センター　センター長
山口晴保

認知症の生活障害へのケア

ゆったりの連載を始めて10年がたち（掲載60回以上！）、この新シリーズになってからでも連載が4年を超えて25回目となりました。そろそろネタが尽きて、どんなテーマがよいかなどと考え、大切なのにあまりスポットライトが当たらない認知症の生活障害へのケアを取り上げようと考えました。

認知症の生活障害で介護者からの相談が最も多いのが食事に関することだという発表を耳にして、今回のお話は「食事をうまく食べられない」という症状から始まります。

「食事をうまく食べられない」はBPSD？

認知症の人が食事をうまく食べられなかったらBPSDでしょうか？……それは運動障害だよ、いや中核症状だよ、いやいや生活障害だよ、……いったい、どれが正しいのでしょうか？　答はどれも正解？　です。まず、食行動の障害という視点ではBPSDに含まれます。こんなのBPSDではないとご不満の方、国際老年精神医学会の示したBPSDの定義をご覧になるか、本誌の2017年1・2月号16ページ「第6回ビーピーエスデーって難題？」をお読みください。認知症の人の行動障害は徘徊や暴言・暴力だけではありません。繰り返し質問も、道に迷うのも、そして異食などの食行動の障害もすべてBPSDに含まれます。この考え方は、日本認知症ケア学会編集『BPSDの理解と対応－認知症基本テキスト』（ワールドプランニング）にも示されています。環境やかかわり方の要因で二次的に生じるものだけがBPSDだという考え方は誤っています。

「うまく食べられない」の原因が運動麻痺や運動失調なら運動障害ですね。失認や誤認などが原因なら中核症状ですね。生活の視点で見れば生活障害です。よって、どの答も○なのです。

この例から分かるように、認知症の人に生じている事象を、行動、運動機能、認知機能、生活機能などの視点で評価することが大切です。これは中核症状なのかBPSDなのか、どちらかに分類しようという考え方は捨ててください。BPSDでもあり同時に中核症状でもあり、生活障害でもあるという症状はたくさんあります。そして、認知機能・運動機能・生活機能・行動と多方面から評価して、問題が見つかった要因に対して総合的・かつ適切に対応できるケア力が、スタッフに求められています。

認知症自体は生活障害を引き起こす疾患です。それゆえ、生活障害を多方面から評価し、その人の認知機能や運動機能や心理状態に応じた支援で生活障害を減らす対応が望まれます。

生活障害を評価する

厚生労働省の研究班（池田学班長）が、認知症の人の生活機能を評価する新しい尺度「生活行為行程分析表」を開発しました。IADLは調理など8領域、ADLは更衣など6領域で構成され、それぞれの領域が5過程15項目の成否、15点満点で評価されます。IADLは総計120点満点、ADLは90点満点となります。例えばIADLの調理（15点満点）であれば、「献立を立てる」、「食材の加工」、「食材の調味」、「盛り付け」、「配膳」の5過程があります。各過程が3項目です。配膳であれば、「食卓に料理を運ぶ」、「料理を並べる」、「箸・スプーンを揃える」の3項目があり、それ

ぞれの成否からこの過程を3点満点で評価します。

このように生活状況を詳細に評価した結果、IADLの中でも金銭管理と服薬管理は最も難しく、洗濯は認知機能が低下しても比較的保たれ、買い物はその中間という結果も示されています。

また、認知症の重症度との関係で見ると、調理では「献立を立てる」や「食材の調味」は重度になるとほぼできませんが、「食材加工」と「配膳」は重度でも保たれる人がいることが示されています（参考：田平隆行『認知症リハビリテーション』医学書院）。他にも買い物であれば「買った物を持ち帰る」が保たれやすいのです。認知機能の低下とともに徐々に生活機能が低下しますが、重度になっても保たれている生活機能を知っていると、それを「役割」に活用できるでしょう。

生活行為の行程を分析しよう

筆者が認知症ケアの勉強を始めた頃、『大逆転の痴呆ケア』（中央法規出版、2003）が出版されました。著者の和田行男さんは、入浴を、「風呂を掃除する」、「湯を沸かす」、「入浴の認識」、「前日入浴の記憶」、「入浴への意思表示」、「道具の認識」……「着替えた衣類を洗濯に出す」、「髪を乾かす」、「道具の持ち帰り」まで62項目に分け、それぞれの項目を「自立」、「支援」、「代行」、「管理」の4分類で評価。自立なら手を出さない、支援ならできるように最小限の支援をする、代行なら代わりに行う、管理なら管理すると、自立・自律支援の考え方を示しました。この評価、和田さんの言葉では「見極め」です。生活行為を詳細なステップに分けて4分類の見極めができ、見極めに応じた自立支援を行うことの大切さを訴えた本でした。当時の「してあげることがよいこと」的な価値観を大逆転させる本でした。

作業療法士（例えば前記の「認知症リハビリテーション」の著者）でしたら、このような生活行為の行程分析は普通にできることでしょう。しかし、リハビリテーションの専門的な教育を受けていない和田さんが、介護現場からこのような発信をすることに驚きました。でも、それから17年、現在の介護スタッフには、生活行為の行程を分析して、支援が必要なところだけ支援するという自立支援は普通にできてほしいケアだと考えます。

トイレ動作を分析してみよう

自立支援の考え方に基づいて、排尿をテーマに考えてみましょう。

トイレでの排尿には「尿意を感じる」、「トイレの場所が分かる」、「トイレまで歩ける」、「便器を認識できる」、「蓋を開けられる」、「衣類を下ろせる」、「またげる」、「排尿できる」、「拭ける」、「流せる、」「部屋に戻れる」などの行程があります。では、これらの行程の見極めが「支援」だったら、その行程をどのようにケアしますか？　さあ、考えてみましょう。

……どんなアイデアが浮かびましたか？　蓋を開けられないなら蓋を取り外してしまおうなど、大胆なアイデアが浮かんだでしょうか？　ドラえもんのポケットのようになるべく多くの方法を持っていると、生活障害への支援がうまくいきます。「拭けない」場合もトイレットペーパーの先端を10cmくらい垂らしておくと、スーッと手が延びて紙で拭けるかもしれません。トイレが使えないからいきなりおむつではなく、生活障害へのいろいろな工夫を試みましょう。例えば「尿意がない」への対応は難しそうですが、水分をたくさん摂って膀胱に尿がたくさんたまると尿意を催すという作戦もあります。尿意を訴えなくても、仕草を見ていると、そわそわするなどのその人なりの尿意の徴候が見つかるかもしれません。

☆

しつこいですが、認知症は生活障害をもたらします。この「認知機能が低下したゆえの生活障害へのケア」こそが認知症ケアの本流です。認知症ケア関係の出版物ではBPSDへのケアが多くを占めますが、BPSDは予防が大切です。そのためにも、生活障害を減らして、認知症の人のイライラを減らしましょう。

認知症の人の生活行為を見て工程分析ができるあなた。スキルアップしましたね。

やまぐち・はるやす●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』（いずれも協同医書出版）、など。日本認知症学会名誉会員。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。