

## VI 多様な人々への支援と生活行為向上 【認知症がある人と生活行為向上】

### 認知症がある人と生活行為向上

#### 1. 認知症がある人の生活行為の課題

##### 1) 認知症とは？

そもそも、認知症という言葉が意味するものは何でしょうか。「認知症」という言葉は、非常に認知度が高く多くの国民が知る言葉ですが、「認知症」という言葉の定義や意味はまだ十分に理解されておらず、認知症の本質的な定義を説明できる方はほとんどいません。

そもそも認知症は、一度正常に発達した認知機能が、何らかの原因によって日常生活が自立できないほどに慢性的に低下した状態を指します。例えば、介護保険法施行令第一条の二では、認知症を「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患による後天的な脳の障害により、日常生活に支障が生じる程度までに認知機能が低下した状態」と定義しています。WHO（世界保健機関）によるICD-11（国際疾病分類第11回改訂版）においては、加齢に起因するものでなく、記憶障害に限らず認知機能が以前より低下し、日常生活動作の実行における自立を著しく妨げるものとしています。また、米国精神医学会によるDSM-5（精神疾患の診断・統計マニュアル第5版）では、認知機能6領域のいずれか1つ以上で日常生活の自立が阻害される程度に低下した状態を定義しています。つまり、認知症とは何らかの原因疾患等による認知機能の低下によって、今までの社会生活の自立が障害されること（生活障害）なのです。

##### 2) 認知機能と生活行為の関連性

人が様々な生活行為を遂行する際、運動機能だけでなく認知機能もその遂行の質に大きな影響を与えます。それも、わずかな機能の低下でその遂行の質に影響が出てきます。例えば、うっかり約束を忘れてしまったり、失くし物や忘れ物をしたり、同じ話を繰り返したり、電子レンジの中から昨日のおかずが出てきたりと、ちょっとした日常生活でのミスは誰もが経験します。しかし、これは生活障害ではなく、注意機能の低下などによって生じる行為のエラーです。加齢とともに注意機能やワーキングメモリは低下しますし、多忙でストレス過多な状況でもミスは生じ易くなります。さらには、生得的な注意機能の得手不得手（個体差）も影

響します。この様に、認知機能は身体機能（運動機能）と比べて視覚的に分かりにくく個体差もあるため、生活行為と認知機能との関連性は見落とされがちです。しかし、認知機能は日常の生活行為のあらゆる場面に影響を与えるため、生活行為における課題を明らかにするためには、丁寧に認知機能と生活行為の関連性をアセスメントすることが求められます。そして、認知機能には注意や記憶、言語、遂行、社会的認知など多様な認知領域があり、障害される認知領域によって生活上で生じる課題も異なります（表1）。つまり、「認知症だから」といった発想ではなく、どの領域の認知機能がどの程度低下し、本人の生活行為にどのような影響を及ぼしているのかといった発想とそれに基づくアセスメントが重要になります<sup>1)</sup>。

表1 各認知領域と低下することで生じる生活上の困りごとの例 (文献<sup>1)</sup>より)

認知領域	普通の地域社会での生活において 苦手になること
注意	置き忘れや、探し物、火の不始末等、複数同時作業が苦手になる
学習と記憶	同じ話を繰り返し、同じものの買いだめ、約束の忘却が増える
言語	他者との会話や言葉を介したやり取りが苦手になる
実行機能	効率的な作業や先を見据えた行動が苦手になり、時間がかかる
知覚—運動	衣類の着脱や道具の操作が苦手になり、道に迷う
社会的認知	相手に配慮した言動や社会的ルールの遵守が苦手になる

##### 3) 認知症を作業療法士としてどのように捉えるか

認知症は脳血管疾患や骨折などと異なり、ある日を境に発症するものではありません。徐々に認知機能が低下することで少しずつ生活にほころびが生じ、あるタイミングで「認知症」と医学的に診断されるものです。例えば、アルツハイマー型認知症を例に考えると、認知症を発症する20年以上前からアミロイドβの異常な蓄積など脳内の病理的变化が生じます（図1の緑色部分）。しかし、本人には自覚症状も客観的な認知機能低下も認めません。その後、徐々に病理的变化が

進行し、海馬を中心とした神経細胞の脱落が生じると、それに応じて近時記憶障害などの認知機能の低下が生じます（図1の紫色部分）。つまり、客観的な認知機能の低下を認めるようになり、軽度認知障害（mild cognitive impairment; MCI）となります。そうなると「あれ？何かおかしい。もしかして認知症なのか？」など強い不安を感じるようになりますが、社会生活が自立できていれば認知症ではありません。それが、徐々に認知機能の低下が生じることで、お金や薬の管理などIADLも含めた社会生活の自立が難しくなる、認知症となります（図1のオレンジ色部分）。そして更に認知機能が低下し、失行症や視空間認知障害、遂行機能障害などの影響で身辺動作の自立も難しくなります（図1の黄色部分）。この段階では、行為のエラーも増えてきて、本人も日常生活で混乱を生じることが多く、落ち着かない言動が増えてきます。

この様に、認知症は徐々に進行していくものであり、その時々状態に応じた専門的支援が必要です。これまでは、進行してセルフケアの自立が難しくなり、医療や介護施設等を利用されている方が作業療法の対象となることが多かったです。しかし、これからは、より早期のMCIや極軽度の認知症の人に対し、地域生活の継続に向けた支援が望まれます。

#### 4) 認知症のリハビリテーション

実際に、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）<sup>3)</sup>では、認知症のリハビリテーションについて「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。」こととしています。つまり、繰り返しになりますが「認知症」という漠然とした捉え方

ではなく、原疾患に基づく認知機能低下が、その人のやりたい生活行為にどのような障害となって表現されているのかを分析（評価）し、その行為を継続できるようにするための手立てをしっかりと提案できることが作業療法士に求められるのです。

#### 5) 生活行為を捉えることの複雑さ

ただし、ひとの生活は様々な交絡要因があり、生活を捉えるということは非常に曖昧で複雑なことです。例えば、年代や性別による役割の違い、世帯構成による家庭内役割の違い、支援に協力的な周囲の人の有無などの要因は生活が自立できるかに大きく影響します。さらには、性格や生活習慣、文化圏によって、その行為において本人や社会が求める行為の実施方法（手順や利用道具）や行為の質（達成度）もまた異なります。この様に、生活行為というものの自体が障害となるか否かは、多くの交絡要因に影響を受けるため、本人またはその周囲の家族がどの程度困っているのかといった主観的な指標も重要となります。

#### 6) 認知症の行動心理症状

認知症の行動心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）は、国際老年精神医学会の専門家会議にて「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害の症状」と定義されたものです。過去にわが国では、中核症状と周辺症状という言葉があり、「BPSD＝周辺症状」と解釈されている書籍なども未だ見かけますが、厳密には異なります。国際老年精神医学会では、BPSDの背景には生物学的要因（神経伝達物質や脳の器質的変化など）に加え、心理的または個人的な要因、周囲の社会環境や介護者による影響など、多彩なものがあることを指摘しています（表2）。認知

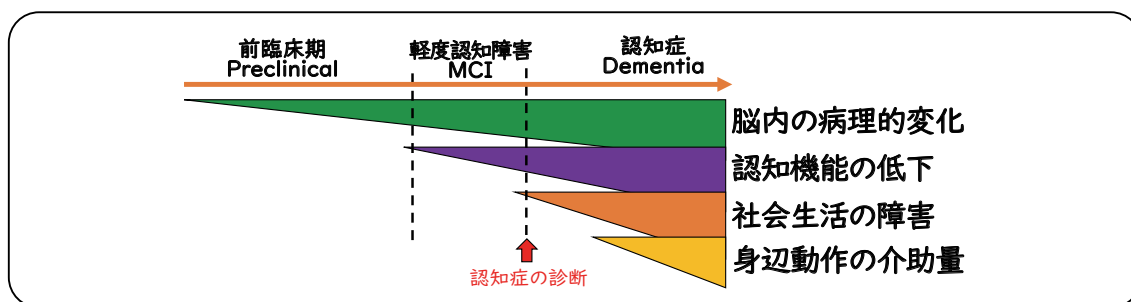


図1 認知症に移行するまでのイメージ（文献2より作成）

アルツハイマー病やレビー小体病などの代表的な神経変性疾患において、原疾患の発症から認知症の状態に移行するまでの過程を表している。病変的変化の進行で認知機能が徐々に低下すると軽度認知障害となり、さらに認知機能が低下して日常生活に支障を来すと認知症となる。

表2 BPSDの背景にある要因とその具体例 (文獻4より筆者作成)

BPSDの要因	具体例
生物学的要因 (遺伝的・神経伝達物質・構造的変化)	認知症の原疾患や脳機能の障害程度、委縮した脳の部位など
臨床的要因	年齢・性別・合併症・身体機能など
精神的・個人的要因	抑うつ傾向や過敏性、病前性格など
社会的・環境要因	不快刺激の多さ、入所施設の規模など
介護者要因	介護者のかかわり方や介護者との関係性など

症の人が、道に迷ってしまったり（徘徊）、不安で焦燥感が強まって大声をあげてしまったりといった言動を単に「BPSD」とひとくくりにしてしまえば、具体的な対応方法も検討することもできません。大声をあげてしまった背景には、生物学的な要因として、前頭前野の萎縮があるのか、抗認知症薬（代表的なコリンエステラーゼ阻害剤はたまに易怒性を強める場合がある）の投薬後に強まっているのか、または病前から家族との関係性に課題があったのか、または介護者が本人を怒らせてしまう様な発言をしたのか、その背景を探ることが具体的な支援とその助言につながります。専門職がBPSDを適切に評価できるようになることが重要です。

## 7) 権利擁護

特に独居や高齢夫婦のみの世帯では、詐欺被害の予防をはじめとした権利擁護も、在宅生活の継続において重要な課題になります。代表的な公的制度に成年後見制度がありますが、認知症の本人が騙されて契約したものを無効できるということは、逆に考えれば本人の権限を奪うことにもなりかねません。手続きも煩雑で、関わる人も多数存在すると、かえって不安や混乱、猜疑心を強めてしまうこともあります。本人とより良い管理方法について時間をかけて話し合うなかで、都道府県・指定都市社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業などの活用にとどまる場合もあります（早期の場合）。それ以外にも様々な制度がありますが、それぞれにメリット・デメリットがあるため、地域包括支援センターや介

護支援専門員、家族などと連携を取りながら、安心して地域生活が送れるような体制整備を行います。

## 2. 認知症がある人への作業療法士の関わり方

### 1) 早期からの診断と診断後の支援体制づくり

認知症の診断後から介護保険サービスを利用開始するまでの期間が長いほど、介護家族の負担感が高くなるとの指摘<sup>5)</sup>がある一方で、早期から介護保険サービスの利用を開始すればよいというものではありません。認知症があっても、地域社会の中でその人がやりたいと思う活動を通して、社会参加が実現できるための地域づくりが求められています。

2019年（令和元年）度から、認知症サポーターなどの住民を主体とした支援者と、認知症の人の身近な生活支援のニーズをコーディネートする仕組みとして「チームオレンジ」の整備が進んでいます（図2）。これは、単に認知症サポーターなどが一方的に支援体制を整備するのではなく、認知症の本人もチームの一員として、認知症になっても安心して住み続ける地域づくりを目指すものです。また、2021年（令和3年）度には認知症疾患医療センターにおける診断後等支援機能が明確化されると共に、認知症の人の生きがい支援や日常生活上の工夫等の助言、介護家族への助言などを継続的に行う認知症伴走型支援事業もスタートしました。認知症は地域における大きな課題であり、地域住民の大きな関心事です。そのため、様々な施策が提言されていますが、重要なことは認知症になっても

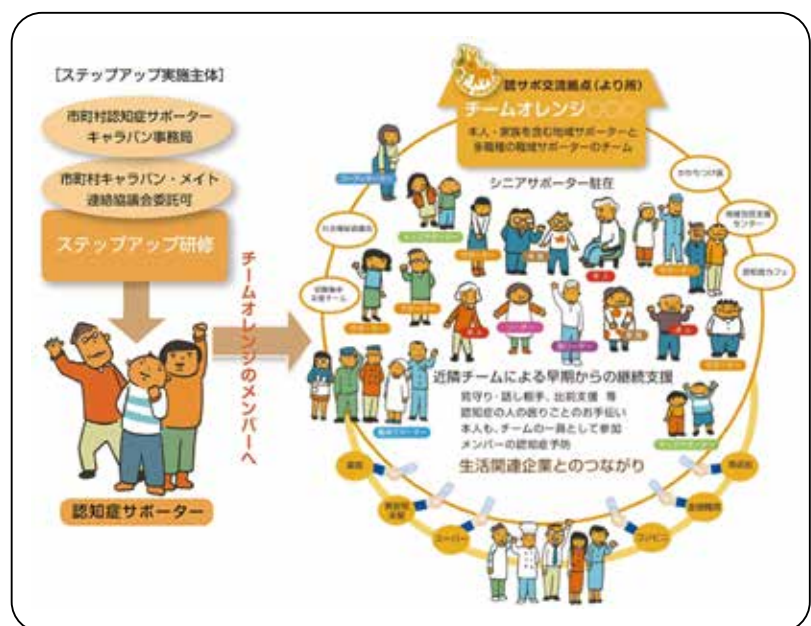


図2 チームオレンジの取り組みイメージ

出典：チームオレンジとは  
特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構ホームページ

誰も取り残されることなく安心して過ごせる地域を目指すために、各施策や事業が有機的に連携しながらその目標達成を図ることです。認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チーム、チームオレンジ、認知症カフェなど、各事業を立ち上げることが目標ではありません。作業療法士は、様々な認知症施策や事業に関与する機会があります。単に実施要綱に基づいて事業を展開するのではなく、自分が所属する地域の社会資源を見渡した際に、どの様な役割を担うべきか意識することが大切です。

## 2) 認知症の本人が主体となる支援に向けて

認知症になっても安心して過ごせる地域づくりは、専門職だけが考えることではなく、認知症である当事者の意見を取り入れながら組み立てることが重要です。特に多くの作業療法士は医療機関や介護福祉施設等で働いているため、地域で生活している認知症の人のニーズを知る機会が少ないです。その点、チームオレンジの様な活動に職能団体や一市民として参加することは、作業療法士としてのスキルアップにもつながります。認知症の当事者である丹野氏は、自身が介護施設に行った際の経験として、医療福祉従事者は自分が認知症だと分かると家族に名刺を渡し、サービスの説明も家族にされたとして「誰のためのサービスなのか間違わないで欲しい」とその気持ちを表現しています<sup>6)</sup>。

日本では、2014年には認知症の当事者たちが日本認知症ワーキンググループを立ち上げ、2018年には「認知症とともに生きる希望宣言」が表明されました。また、厚生労働省は2018年に、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定の基本的考え方や方法、配慮事項などを整理した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公表しました。近年では、認知症施策推進大綱の「普及啓発・本人発信支援」として、認知症の本人を「希望大使」として任命し、国が行う認知症の普及啓発活動に参加や協力をしてもらおうという取り組みも進んでいます。認知症の人は支援される人という従来の発想ではなく、認知症の人の意思の尊重という当たり前の社会の流れをしっかりと理解し、本人のニーズに応じた支援を提供することが求められています。

## 3) アセスメントのポイント

評価の視点として、医療職である作業療法士には、まず医学的な視点が重要です。認知症の原因疾患がアルツハイマー型認知症なのかレビー小体型認知症なのか、前頭側頭型認知症なのかで、生じる可能性のある認知機能障害だけでなく、配慮すべき合併症なども異なります。例えば、レビー小体型認知症ではパーキンソニズムに加え、起立性低血圧などの自律神経症状や視覚認知障害の影響から、転倒リスクはアルツハイマー型認知症よりも約10倍高いと言われます。また、初期から抑うつ的な症状を認めることがあり、幻視に対する言動がきっかけで家族とトラブルになることもあります。さらに、比較的短期間で認知機能が低下する場合は、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などの治療可能な認知症やせん妄などが混在している場合もありますし、投薬内容の変更に伴い焦燥感が強まる場合などは、かかりつけ医に早急に情報提供する必要があります。

以上の様な医学的事項への配慮を踏まえ、実際の生活行為を評価する際には、本人が課題と感じる生活行為において、どの工程で生活に躓き、その背景にはどの認知領域が影響しているのかを適切に見定める必要があります (P.139 1. 2) の表1参照)。そのうえで、課題となっている生活行為に対し、人と環境、作業の兼ね合いを的確に評価し、効率的に介入する方法を本人や家族と共に検討していくことが求められます (図3)。例えば、人という要素では、アルツハイマー型認知症で見当識障害や記銘力障害が生じていたとしても、本人がやりたい作業を実施する環境 (物理的な環境だけでなく介護家族のサポートなども含めて) や作業の実施方法や工程を工夫することで、その人の作

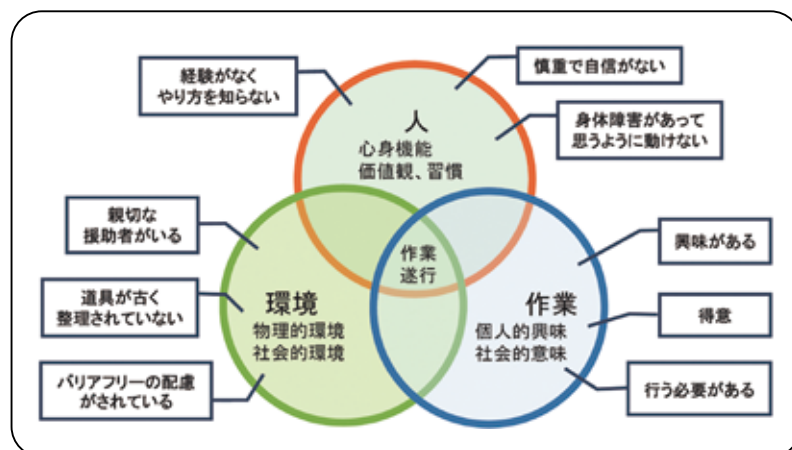


図3 人と環境と作業の関係 (※第V章図1の再掲)

業遂行の質が改善します。この様に、医療職としての視点を踏まえた生活行為の専門家としてのアセスメントが求められます。

#### 4) BPSD について

認知症の行動心理症状 BPSD の背景は、1. 6) の表 2 で述べた通り、生物学的要因から社会的・環境要因や介護者の要因など非常に多岐にわたります。まずは、医療職として疾患特異的な背景や服薬状況などを確認しつつも、本人の言動の背景を丁寧に探っていく必要があります。認知症の本人が落ち着きなく質問や訴えを繰り返し、易怒性や介護拒否などの言動を認める場合は、本人自身も強い不安や混乱の中で苦しみ、そのような言動に常時接する介護家族も疲弊していることが多いです。この様な悪循環をできる限り早期に断つことが BPSD の悪化予防で重要になります。

近年はスマートフォンの普及率も向上し、誰でも手軽に情報を入手できるため「認知症の本人を叱らない」「家族が怒ると逆効果」など、認知症の人への関わり方の基本原則は介護家族もよく理解されています。とはいえ、介護家族にも余裕がないと、つい本人のミス指摘したりしてしまいます。それがきっかけで、本人はさらに怒り出し、介護家族は怒ってしまったことに対し自責の念に駆られるという悪循環に陥っている場合もあります。その様な場合、頭で理解していてもそれに対応できない家族の葛藤に共感を示しつつ、介護家族会などの情報を提示します。同じ状況の人がいることを知るだけでも介護家族にとっては心が穏やかになる場合もあります。

BPSD に対する支援として、専門職には本人の言動の背景因子を丁寧にアセスメントする力が求められます。周囲の対応方法はもちろん、本人にとって不快な刺激を避け、落ち着いて安心して過ごせるための環境調整をしたり、場合によっては主治医と相談して薬剤調整を依頼したりといった多面的な支援の構築が必要になります。

### 3. 実践例

具体的な生活行為のうち、特に認知症の初期段階から地域生活上で課題になりやすい行為に着目して、以下に関わりの具体例を示します。

#### 1) 服薬管理

高齢者は複数の薬を服用している方が多く、薬の種類が増えるほどに、その管理が難しくなります。服薬

管理は認知症の初期段階から難しくなる行為の1つです。管理が難しくなってきた場合は、早期から主治医や薬剤師と相談し、最低限の服薬回数で済むように1日1回の一包化も含めて検討をします。特にアルツハイマー型認知症では、初期から見当識障害や遂行機能障害を認める場合が多く、飲み忘れが増えますが、初期段階から薬の管理方法を検討しておく、ある程度進行しても管理し続けられることが多いです。

最近では、様々なタイプの服薬支援機器もあり、初期から本人が便利なものとして認識して使い続けられ、比較的進行しても使用し続けることができますが、進行してからでは導入が難しいことが多いです。一包化した袋を本人と一緒にカレンダーに貼付け、横に電子カレンダーを置くという管理方法を早期に取り入れたことで、数年間はその方法で管理できた事例も経験します。専門職は図4の様なタペストリーを紹介しますが、1日4回の服用を月～日曜日ごとに繰り返す方法は、遂行機能や見当識が低下している認知症の人には混乱の原因となります。服薬管理を考えるうえで重要なことは、本人と管理方法を考え、本人が納得した方法を導入することです。



図4 服薬管理用のタペストリー

また、抗認知症薬は大きく薬理作用で分けるとコリンエステラーゼ阻害薬と NMDA 受容体阻害薬の2種類があります。そして、薬の形態も口の中で溶ける口腔内崩壊錠やパッチになっている貼付剤など、様々なものがあります。本人の残存機能に併せて管理しやすい方法を主治医や薬剤師と相談するなどの工夫も必要です。

#### 2) 調理

調理動作はその工程が複雑なため、どの工程でミスが生じるか丁寧に分析することが支援に向けた第一歩です。例えば、献立を考えて食材を購入するという行為だけでも、冷蔵庫内の食材や直近のメニューを覚えておき、栄養バランスや家人の嗜好に配慮するなど、記憶や注意、遂行機能といった様々な認知機能が必要

です。そして、食材の火の通りやすさや食べやすさなどを配慮して切り、生食と加熱調理が必要なものとを区別し、火気や包丁などの鋭利な物を安全に扱うなどの行為も、高度な認知機能が必要となります。一方で、アルツハイマー型認知症をはじめとした多くの認知症では、包丁さばきや加熱調理などの作業工程自体は手続き記憶を基に、上手に実施できることが多いです。そのため、ヘルパーや介護家族の見守りの元で、出来る作業を実施してもらう工夫が必要になります。

また、調理は単に食事を作る行為だけでなく、役割としての側面や趣味活動としての側面もあります。調理動作時にサポートが得られにくい環境で、失敗を繰り返してしまうことは、本人にとっても辛いことです。普段は惣菜や配食サービスを活用し、たまに家人やヘルパーと気晴らしに料理をするのも良いです。下味冷凍（事前に下味をつけた肉や魚を冷凍保存し、必要時に加熱調理）などの便利な調理法を活用するのも一つの選択肢です。いずれにせよ、本人がどうしたいかを選ぶということが重要なポイントになります。軽度認知障害 MCI から認知症の初期段階で、記憶障害や注意障害により作業遂行が上手くできない場合は、視覚的な手掛かりを活用するなどで代償できる場合もあ

ります（図5）。

### 3) 金銭管理

金銭管理も認知機能が軽度低下するだけで、難しくなる行為の1つです。お金の大切さや管理の重要性、詐欺被害への注意喚起、金銭トラブルがきっかけの事件などは、日頃からよく耳にすることです。それが故に、自分の財産は気軽に他人へ託すことができませんし、お金に対する不安が強いと盗害妄想など不穏な言動につながります。そういった事を避けるためにも、金銭管理は自己判断できる早期のうちから今後の方針を本人とよく確認し、その記録を本人が見返して納得できる様に残しておくことが重要になります。

また、初期段階では、自分自身でお金を管理できる様な工夫が必要になります。例えば、月々の計画的な収支管理が難しい場合は、封筒などに区分して書き出しながら管理することで全体の収支を把握しやすくなります（図6）。支払い時の不安が強ければ、お釣りを気にせず高額紙幣で支払ってしまうという割り切りも重要です。お金や通帳に対する盗害妄想は多くの家族から頂く相談ですが、本人が通帳を家人に託したことを忘れて盗られたと疑ってしまったり、所在が不

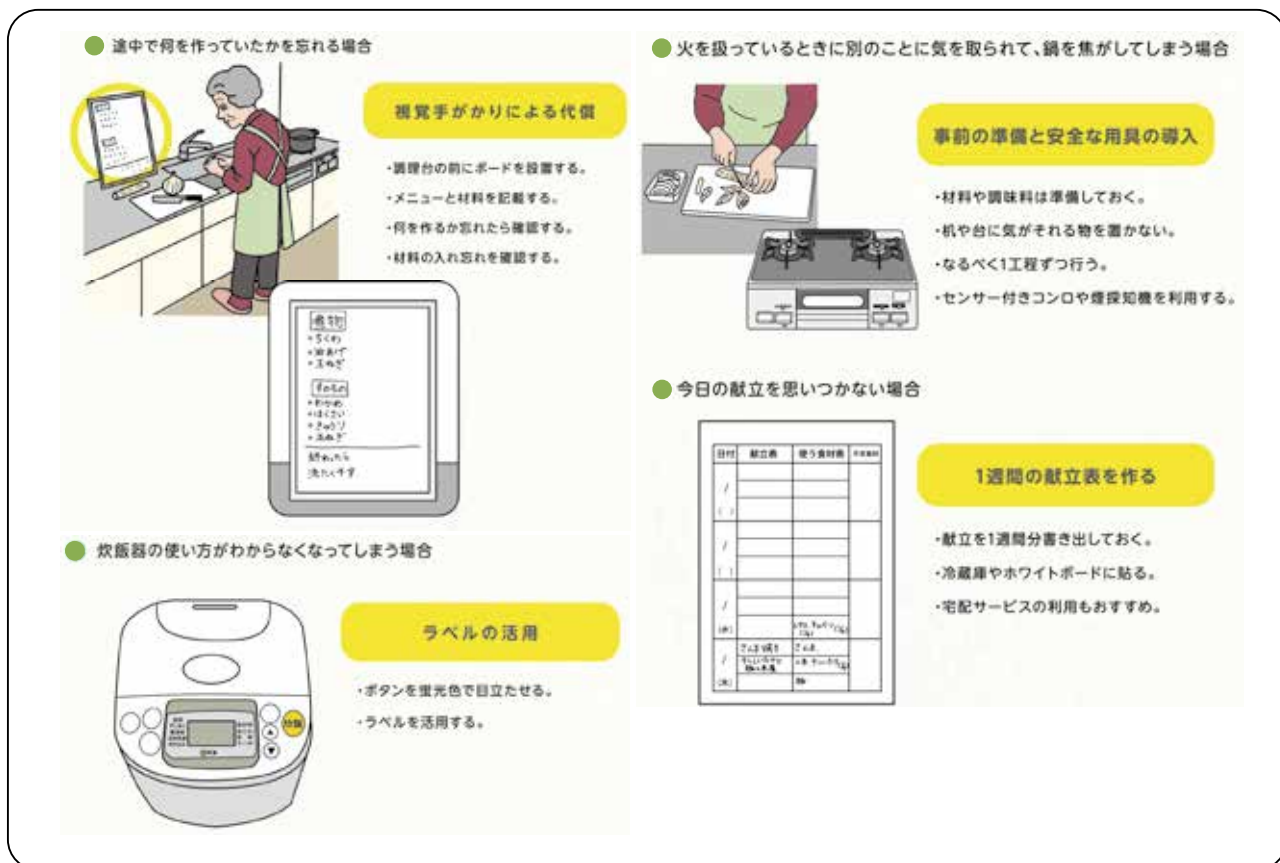


図5 調理動作における工夫例（文献7より）

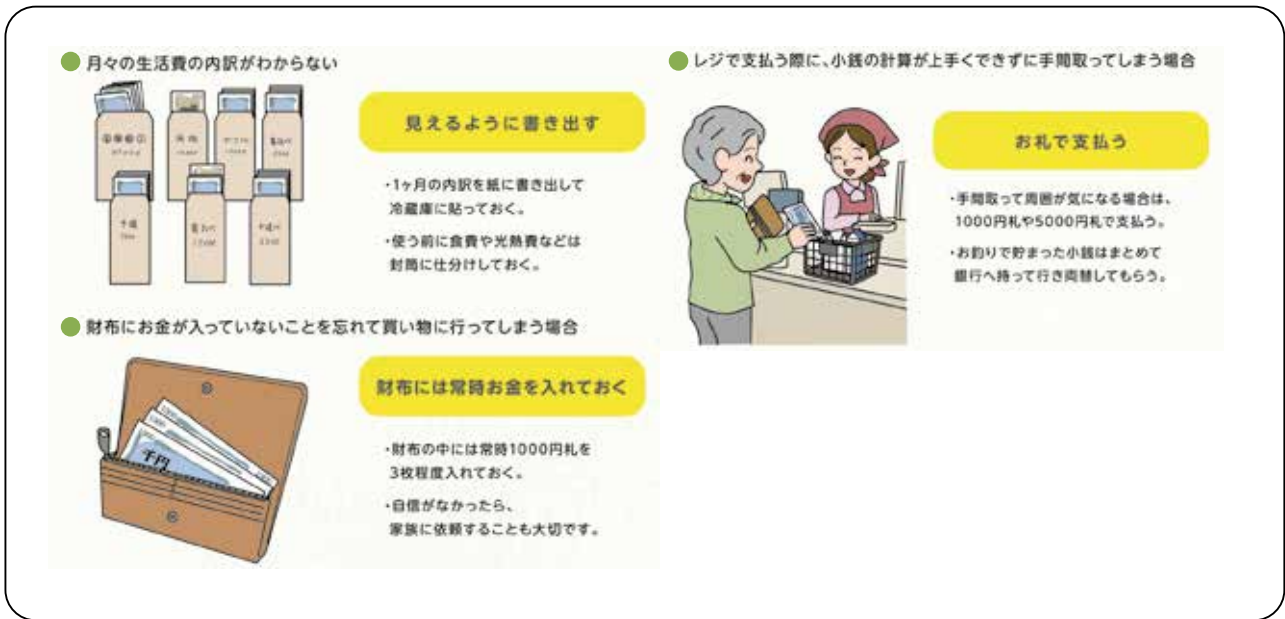


図6 金銭管理の工夫例 (文献7より)

安で執拗に確認の電話をしたりでトラブルになることもあります。本人がいつ誰に預けたのか記録した自筆のメモを、普段通帳を保管していた場所などに置いておくと、そういったトラブルを防げる場合も多いです<sup>8)</sup>。これも本人の納得の元で、本人の残存機能に配慮した工夫が必要です。

#### 4) 認知症の人の地域生活を支える作業療法士の視点

この章では、認知症の事例を基にその支援経過を例示することが求められているのかもしれませんが。しかし、そもそも「認知症」に対する支援という、特別な支援方法はありません。山口さんの「認知症」にアプローチするのではなく、「山口さん」が認知症を抱えながらどの様に在宅生活を継続するかの支援が求められます。それには、認知症の原因疾患に関する医学的知識を基に、疾患特異的的症状とその進行に配慮し、他職種と連携しながら、認知機能低下による生活 (ADL/IADL) だけでなく、社会参加や周囲との関係性維持も含める) 障害に対し、専門職としてのアセスメントと本人の意向を基に、具体的支援を検討するという基本姿勢こそが重要なのです。

#### 【文献】

1) 山口智晴:「認知症とともに生きる」ために「活かす」作業療法士の視点. OT ジャーナル 56 (11): (in press), 2022.

2) 山口智晴: 認知機能の低下と認知症予防. Medical Rehabilitation 206: 17-23, 2017.

3) 厚生労働省:「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (新オレンジプラン)」について. 2015年1月27日. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>

4) International Psychogeriatric Association: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia,, Better Mental Health for Older People; BPSD slide kit, 2011.

5) 認知症介護研究・研修仙台センター: 老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業), 認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業報告書, 2018.

[https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/322/s\\_h29kazokushienn\\_doc.pdf](https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/322/s_h29kazokushienn_doc.pdf)

6) 丹野智文, 香山明美: 対談 認知症の人がその人らしく生きる. OT ジャーナル 56 (11): (in press), 2022.

7) 日本作業療法士協会: 老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業), 認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業, 「認知症のリハビリテーションに基づく生活行為を続けるためのヒント集」2016.

8) 山口智晴: IADL ケア. 内田陽子 (編): 認知症 plus 行動・心理症状のケア. 日本看護協会出版会, pp105-118, 2022.