

= 日本作業療法士協会版 =

Association of Occupational Therapists

DCA

Dementia Category Assessment Manual

認知症アセスメントマニュアル Ver4 (2020)

I. はじめに

この認知症アセスメント Ver4 は、認知症の臨床像を大枠でとらえる「類型化」という方法で評価を進めていきます。英語表記は、Dementia Category Assessment (DCA) としました。これは作業療法（以下、OT）実践を継続的に遂行するために、Plan（計画）、Do（実行）、Check（確認）、Action（行動）のPDCA サイクルを意識し、「Plan だけで終わらせない DCA」にしたいという意図があります。

認知症という病は、その原因疾患とクライアントの背景、周囲の様々な要因が関与しながら臨床像を呈していきます。それゆえしっかりと関わりをもち、クライアントにあった生活支援を提供することが必要になってきます。しかしながら、そのクライアントに添った生活支援を実践するには、多くの職種の間が必要となります。

そこで、多職種が迅速に、大まかに状態像を把握し、生活支援の方向性を持つことができないか、そのようなことを考慮し作成したものがこのアセスメントです。DCA をカンファレンス等で用いることで、「多職種と共通認識を持ちながら、認知症のクライアントに対してより深い支援を行う」、そのためのツールになることを期待いたします。



Ⅱ. アセスメント記入例

1. アセスメントシート1の記入例

本人	ケース1 様	☒ 男性 ☐ 女性	生年月日	昭和15年8月22日	78 歳																																
家族	〇〇 × × (妻) 専業主婦	住所: 〇〇県 × ×市 △△	Tel: 090-000-0001																																		
	〇〇 × × (長女) スーパー〇× (パート)	住所: 〇〇県 × ×市 △△	Tel: 090-000-0002																																		
	〇〇 × × (長男の嫁) 〇×株式会社	住所: 〇〇県 × ×市 △△	Tel: 090-000-0003																																		
担当	〇〇 × × (〇×病院 医師)	住所: 〇〇県 × ×市 △△	Tel: 090-000-0004																																		
	〇〇 × × (〇×協議会 ケアマネ)	住所: 〇〇県 × ×市 △△	Tel: 090-000-0005																																		
<診断名> 脳血管性認知症、脳梗塞(軽度左片麻痺)																																					
現病歴	1年前、軽い脳梗塞で倒れ近医へ入院した。麻痺は軽かったがせん妄、混乱や暴言・暴力などのBPSDの悪化にて管理困難となった。そのため重度認知症治療病棟を有する病院へ転院となった。約6ヶ月間の入院治療を経て自宅復帰した。退院後は自宅療養していたが、混乱や不安感、確認行為が増加したことや、移動レベル(杖歩行)を維持したいとの家族の希望があり、重度認知症患者デイケア(以下、デイケア)の利用が開始となった。 現在は、近隣に娘が住んでいるものの妻と二人暮らし(キーパーソンは妻)。自宅では意欲・活動性が低く活気がないため、家族は「もう一度元気な姿がみたい」と話す。																																				
社会資源	保険 (国民保険(老人))	公費負担 (なし)	障害者手帳 (なし)																																		
	要介護度 (1)	有効認定期限 〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日																																			
	キーパーソン (娘)	年金 (厚生年金)	年金額 (12万円)																																		
	住まい (自宅)	居室 (1階)	住宅改修 (廊下の手すり程度)																																		
<家族構成図>:同居者は点線で囲んで下さい 			<本人の希望> やる事が何にもない。体がなまってしまう。時間がたつのが遅い。妻に迷惑はかけたくない。																																		
			<家族の希望> デイケアで穏やかに過ごせるようになってほしい。在宅で通所を利用するか、入所するかは、本人の状態の変化を見て決めたい。																																		
個人情報	①出生地:	Y市	⑤趣味	竹細工・旅行(写真撮影)																																	
	②学歴:	中学校卒	⑥家族との同居期間	結婚後57年間																																	
	③職歴:	造船所関係の会社経営	⑦利用者の性格:	頑固、世話好き																																	
	④婚姻歴:	1回(21才)	⑧薬物コントロール	ノイリラーク1T×3																																	
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> <tr> <td>午前</td> <td colspan="2">デイケア</td> <td colspan="2">デイケア</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td colspan="2">デイケア</td> <td colspan="2">デイケア</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>				月	火	水	木	金	土	日	午前	デイケア		デイケア					午後	デイケア		デイケア					夜間								人となりチェック		
	月	火	水	木	金	土	日																														
午前	デイケア		デイケア																																		
午後	デイケア		デイケア																																		
夜間																																					
① 起床 起床 起床 起床 起床 起床 起床 起床 am4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 0 3			①ご本人が大切にしていたもの お酒、家族																																		
② 起床 起床 起床 起床 起床 起床 起床 起床 水・土・日は家でゴロゴロテレビ鑑賞			②ご本人が好んでおこなっていたこと 竹細工が好きで竹とんぼを作り近所の子どもに配っていた。																																		
			③ご本人が嫌がっていたこと 人に迷惑をかけること。時間にうるさい。																																		
			④周囲の人との関係(社会的、一人が好き等) 元町内会長、病前は社交的でよく話す方だった。																																		

アセスメントシート 1 は、クライアントの個人因子・環境因子を情報収集します。事前に分かっていることは記入しておき、確認作業を行っていきましょう。家族によってはあまり喋りたがらない人もおられます。その場ですべてを聞き取るのではなく、何回かに分けて足りないところを補うようにしましょう。その後の情報収集のことを考慮して、安心感の持てる雰囲気作りに行いましょう。また、守秘義務があることを忘れないようにしてください。

本人	ケース1	様	☒ 男性 ☐ 女性	生年月日	昭和15年8月22日	78	歳																																																								
家族	〇〇 ×× (妻)	専業主婦		住所:	〇〇県××市△△	Tel:	090-000-0001																																																								
	〇〇 ×× (長女)	スーパー〇〇× (パート)		住所:	〇〇県××市△△	Tel:	090-000-0002																																																								
	〇〇 ×× (長男の嫁)	〇〇株式会社		住所:	〇〇県××市△△	Tel:	090-000-0003																																																								
担当	〇〇 ×× (〇〇病院 医師)			住所:	〇〇県××市△△	Tel:	090-000-0004																																																								
	〇〇 ×× (〇〇協議会 ケアマネ)			住所:	〇〇県××市△△	Tel:	090-000-0005																																																								
〈診断名〉 脳血管性認知症、脳梗塞(軽度左片麻痺)																																																															
現病歴	1年前、軽い脳梗塞で倒れ近医へ入院した。麻痺は軽かったがせん妄、混乱や暴言・暴力などのBPSDの悪化にて管理困難となった。そのため重度認知症治療病棟を有する病院へ転院となった。約6ヶ月間の入院治療を経て自宅復帰した。退院後は自宅療養していたが、混乱や不安感、確認行為が増加したことや、移動レベル(杖歩行)を維持したいとの家族の希望があり、重度認知症患者デイケア(以下、デイケア)の利用が開始となった。 現在は、近隣に娘が住んでいるものの妻と二人暮らし(キーパーソンは妻)。自宅では意欲・活動性が低く活気がないため、家族は「もう一度元気な姿がみたい」と話す。																																																														
社会資源	保険	(国民保険(老人))	公費負担	(なし)	障害者手帳	(なし)																																																									
	要介護度	(1)	有効認定期限	〇年〇月〇日	～	〇年〇月〇日																																																									
	キーパーソン	(娘)	年金	(厚生年金)	年金額	(12万円)																																																									
	住まい	(自宅)	居室	(1階)	住宅改修	(廊下の手すり程度)																																																									
〈家族構成図〉:同居者は点線で囲んで下さい				〈本人の希望〉																																																											
				やる事が何にもない。体がなまってしまう。時間がたつのが遅い。妻に迷惑はかけたくない。																																																											
主介護者 妻 キーパーソン 妻				〈家族の希望〉																																																											
				デイケアで穏やかに過ごせるようになってほしい。在宅で通所を利用するか、入所するかは、本人の状態の変化を見て決めたい。																																																											
個人情報	①出生地	Y市	⑤趣味	竹細工・旅行(写真撮影)																																																											
	②学歴	中学校卒	⑥家族との同居期間	結婚後57年間																																																											
	③職歴	造船所関係の会社経営	⑦利用者の性格:	頑固、世話好き																																																											
	④婚姻歴	1回(21才)	⑧薬物コントロール	ノイリラックIT×3																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>デイケア</td> <td></td> <td></td> <td>デイケア</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>起床</td> <td></td> <td>デイケア</td> <td></td> <td></td> <td>就寝</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>起床</td> <td>水・土・日は家でゴブレットレビエ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>就寝</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					月	火	水	木	金	土	日	午前								午後	デイケア			デイケア				夜間								①	起床		デイケア			就寝		②	起床	水・土・日は家でゴブレットレビエ				就寝		人となりチェック <table border="1"> <tr> <td>①ご本人が大切にしていたもの</td> <td>お酒、家族</td> </tr> <tr> <td>②ご本人が好んでおこなっていたこと</td> <td>竹細工が好きで竹とんぼを作り、近所の子どもに配っていた。</td> </tr> <tr> <td>③ご本人が嫌がっていたこと</td> <td>人に迷惑をかけること。時間にうるさい。</td> </tr> <tr> <td>④周囲の人との関係(社会的、一人が好き等)</td> <td>元町内会長、病前は社会的でよく話す方だった。</td> </tr> </table>				①ご本人が大切にしていたもの	お酒、家族	②ご本人が好んでおこなっていたこと	竹細工が好きで竹とんぼを作り、近所の子どもに配っていた。	③ご本人が嫌がっていたこと	人に迷惑をかけること。時間にうるさい。	④周囲の人との関係(社会的、一人が好き等)	元町内会長、病前は社会的でよく話す方だった。
	月	火	水	木	金	土	日																																																								
午前																																																															
午後	デイケア			デイケア																																																											
夜間																																																															
①	起床		デイケア			就寝																																																									
②	起床	水・土・日は家でゴブレットレビエ				就寝																																																									
①ご本人が大切にしていたもの	お酒、家族																																																														
②ご本人が好んでおこなっていたこと	竹細工が好きで竹とんぼを作り、近所の子どもに配っていた。																																																														
③ご本人が嫌がっていたこと	人に迷惑をかけること。時間にうるさい。																																																														
④周囲の人との関係(社会的、一人が好き等)	元町内会長、病前は社会的でよく話す方だった。																																																														

生活歴(生まれてこれまでにどのように生活してきたか)と認知症と診断されてからの経過(現病歴)を記入します。

主に介護をしている人とクライアントが信頼している人が違う場合があります。

また、介護のいろいろを決める決定者も別に存在することもありますので家庭内の力関係には注意が必要です。

「人となり」を知ること、は、支援において重要な要素です。

特にこれまでの生活歴におけるクライアントの「法則(こだわり)」などを少しでも多く知っていくことは、認知症の行動・心理症状(以下、BPSD)の原因をイメージする手がかりになることがあります。

週間スケジュールと1日の過ごし方を記入します。週間スケジュールではご家族の希望も同時に聞き取ってください。1日の過ごし方では主にサービスのあつる日(①)、サービスのあつない日(②)の過ごし方について記入します。

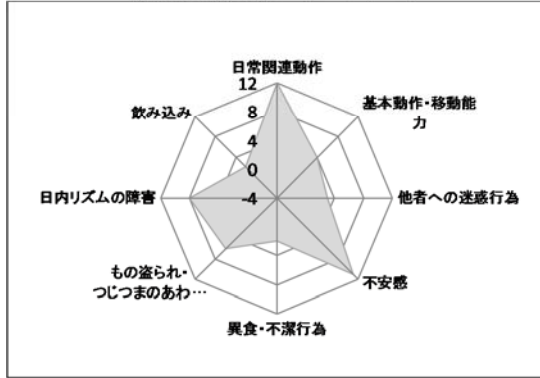
2. アセスメントシート2の記入例

アセスメントシート2（記入例）

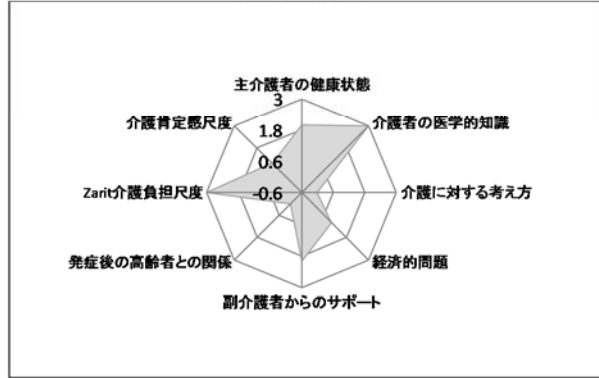
2-（ ）

A 様	認知症型	VD	症状出現時期	1 年前	MMSE	18 点	CDR	2
	介護度	1	生年月日	昭和15年7月3日	DBD13	24 点	PSMS	10 点
	女性	79 歳	初回評価日	平成30年10月1日	類型化	体は元気不安が強い タイプ		

認知症の類型化レーダーチャート



介護力チャート



1. 認知症の行動・心理症状（BPSD）

程 度					類 型 化	D B D
0点	1点	2点	3点	4点		
なし	月に1回	月に数回	週に数回	日に数回		
1	他人とのトラブル				1	
2	暴力・破壊行為や暴言（介助の際の抵抗は含めない）				1	
3	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける				1	1
4	不安感がある				4	
5	やたらに歩き回る				3	3
6	同じことを何度も何度も聞く				4	4
7	食物ではないものを口に入れる				0	
8	トイレ以外での排泄、便こね（弄便行為）				0	
9	明らかな理由なしに物を貯め込む				2	2
10	口汚くのしる				0	0
11	作られた話（つじつまの合わない話）				3	
12	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする				3	3
13	昼間、寝てばかりいる				4	4
14	せん妄				2	
15	幻覚				2	
16	日常的な物事に感心を示さない					3
17	特別な理由がないのに夜中に起き出す					2
18	同じ動作をいつまでも繰り返す					0
19	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする					1
20	世話をされるのを拒否する					1
21	引き出しやタンスの中身を全部出してしまう					0

2. IADL, 基本動作, ADL, 介護力

程 度					類 型 化	P S M S
0点	1点	2点	3点	4点		
自立(0%)	少介助(25%)	中介助(50%)	多介助(75%)	全介助(100%)		
IADL	1	洗濯			4	
	2	買い物			4	
	3	火の取り扱い			4	
基本動作	4	立位保持			1	
	5	立ち上がり			1	
ADL	6	排泄				0
	7	食事			1	1
	8	①嚥下障害			0	
	9	②食事の形態			1	
	10	着替え				2
	11	身繕い				2
	12	移動能力			2	2
	13	入浴				3
介護力	14	主介護者の健康状態				2
	15	医学的知識				3
	16	介護に対する考え方				0
	17	経済的問題				1
	18	副介護者からのサポート				2
	19	発症後の高齢者との関係				0
	20	Zarit8介護負担尺度				3
	21	介護肯定感尺度				1

3. 作業活動分析

1	活動のレベル	2
2	活動遂行の質	2
3	注意の持続力	2
4	監督の必要性	2

4. 興味チェック

(小物作り（竹細工）)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある
(畑仕事（野菜の栽培）)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある
(料理を作る)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある
(旅行で写真を撮る)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある

アセスメント 2 は、レーダーチャートをもとに認知症の類型化と家族の介護力を評価します。類型化はp8の「各臨床像の大まかな特徴」を参考に、もっとも典型例に近いタイプをクライアントの状態像として判定します。一方、この類型化は単にタイプ分類をして終わりでは意味がありません。各施設にて多職種と共に、一度、各タイプを事例として介入し、支援の例を作成してください。そうすれば、次に同じタイプのクライアントをアセスメントする際に、前例を参考にすることができ支援の幅が広がると考えます。

アセスメントシート2（記入例）

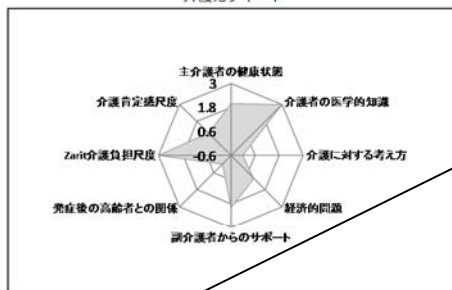
2- ()

A 様	認知症型	VD	症状出現時期	1 年前	MMSE	18 点	CDR	2
	介護度	1	生年月日	昭和15年7月3日	DBD13	24 点	PSMS	10 点
	女性	79 歳	初回評価日	平成30年10月1日	類型化	体は元気不安が強い タイプ		

認知症の類型化レーダーチャート



介護力チャート



各点数は、まず0点（なし又は自立）か4点（日に数回又は全介助）かを検討してください。そのいずれでもない場合、1点～3点を勘案し判定してください。

1. 認知症の行動・心理症状（BPSD）

程度	0点	1点	2点	3点	4点	類型化	DBD
	なし	月に1回	月に数回	週に数回	日に数回		
1 他人とのトラブル						1	1
2 暴力・破壊行為や悪言（介助の際の抵抗は含めない）						1	1
3 特別な理由もないのに人に言いがかりをつける						1	1
4 不安感がある						4	1
5 やたらに歩き回る						3	3
6 同じことを何度も何度も聞く						4	4
7 食物ではないものを口に入れる						0	1
8 トイレ以外での排泄、便こね（弄便行為）						0	1
9 明らかな理由なしに物を貯め込む						2	2
10 口舌くいのしる						0	0
11 作られた話（つじつまの合わない話）						3	1
12 よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする						3	3
13 昼間、寝てばかりいる						4	4
14 せん妄						2	1
15 幻覚						2	1
16 日常的な物事に感心を示さない						3	1
17 特別な理由がないのに夜中に起き出す						2	1
18 同じ動作をいつまでも繰り返す						0	1
19 清潔いあるいは季節に合わない不適切な服装をする						1	1
20 世話をされるのを拒否する						1	1
21 引き出しやタンスの中身を全部出してしまう						0	1

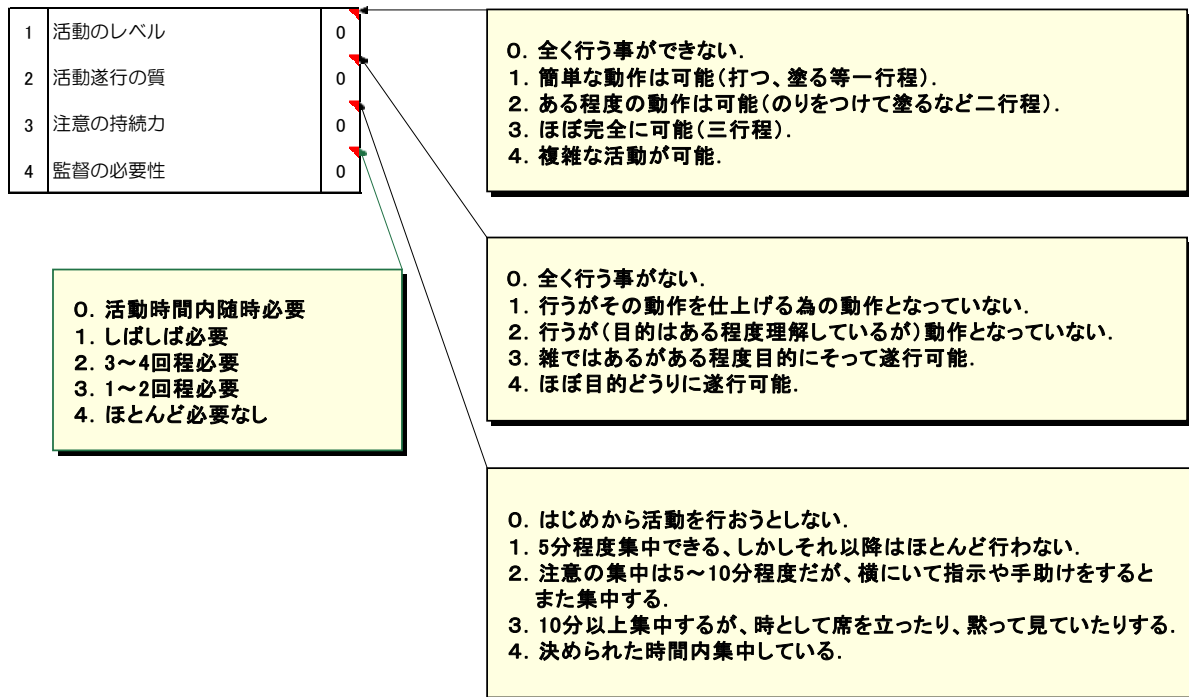
2. IADL, 基本動作, ADL, 介護力

程度	0点	1点	2点	3点	4点	類型化	PSMS
	自立(0%)	少介助(25%)	中介助(50%)	多介助(75%)	全介助(100%)		
IADL						4	4
1 洗濯						4	4
2 買い物						4	4
3 火の取り扱い						4	4
基本動作						1	1
4 立位保持						1	1
5 立ち上がり						1	1
ADL						0	0
6 排泄						0	0
7 食事						1	1
8 ①嚥下障害						0	0
9 ②食事の形態						1	1
10 着替え						2	2
11 身繕い						2	2
12 移動能力						2	2
13 入浴						3	3
介護力						2	2
14 主介護者の健康状態						2	2
15 医学的知識						3	3
16 介護に対する考え方						0	0
17 経済的問題						1	1
18 副介護者からのサポート						2	2
19 発症後の高齢者との関係						0	0
20 Zarit介護負担尺度						3	3
21 介護肯定感尺度						1	1

「危険」「できがさせてない」等の場合は、カンファレンス等で確認するために、一旦「全介助」として判定してください。

ご家族から情報が聴取できない場合は、観察等で介護力を判定してください。家族支援は、クライアント支援と両輪で進める意識を持ちましょう。

3. 作業分析



4. 興味チェック

(小物作り (竹細工)	)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある
(畑仕事 (野菜の栽培)	)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある
(料理を作る	)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある
(旅行で写真を撮る	)	☐ している	☒ してみたい	☐ 興味がある

クライアントの希望は必ず聴取してください。そして、クライアントの意向や価値観をプログラムの立案・実施に反映させてください。

2. IADL, 基本動作, ADL, 介護力

程 度		類 型 化	P S M S						
0点	1点			2点	3点	4点			
自立(0%)	少介助(25%)			中介助(50%)	多介助(75%)	全介助(100%)			
IADL	1	洗濯	4						0. 排泄ではまったく介助を要しない。 1. 誘導あるいは後始末に介助が必要、時に(多くても週に1度)失敗がある。 2. 週に1度以上、寝ている間に失禁がある。 3. 週に1度以上、日中に失禁がある。 4. 常に失禁がある。
	2	買い物	4						
	3	火の取り扱い	4						
基本動作	4	立位保持	1						0. 介助なしで摂取できる。 1. 食事のときに多少の介助が必要、特別な調理法が必要あるいは食事のときに汚したものを片づけてもらう。 2. 食事に介助が必要であり、食べるときにも散らかしてしまう。 3. 常に介助が必要。 4. 自力ではまったく摂取できない。
	5	立ち上がり	1						
ADL	6	排泄							0. なし 1. 時折むせる 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度
	7	食事	1						
	8	①嚥下障害	1						
	9	②食事の形態	1						
	10	着替え							
	11	身繕い							
	12	移動能力	1						
	13	入浴							
								0. 普通食 1. 刻み大 2. 刻み小 3. ミキサー 4. 経管栄養	
								0. 1人で出かけることができる。 1. 家の中から家の周囲まででかけることができる。 2. 杖、歩行器、車椅子の助けが必要。 3. 椅子や車椅子に座ってられるが、自分で動かせない。 4. 終日の半分以上は寝たきり。	
								0. タンスから適切な服を選んで自分で着替えられる。 1. 多少の介護で脱ぎ着できる。 2. 服を選んだり、脱ぎ着に手助けが必要。 3. 着替えに介助を要するが、本人も協力する。 4. 常に介助が必要であり、着替え拒否的。	
								0. 介助なしで入浴できる。 1. 浴槽の出入りには介助が必要。 2. 手や顔は洗えるが足の部分を洗えない。 3. 自分では洗えないが協力的。 4. 介護に抵抗する。	
								0. いつも身だしなみがきちんとしている。 1. 1人で身繕いできるが髪などは剃ってもらう。 2. いつも多少は手伝ってもらう。 3. 常に介助を要するが、そのあとはきちんとしてられる。 4. 介助に抵抗する。	

介護力	14	主介護者の健康状態	2					0. 良好 1. ほぼ良好 2. やや不良 3. かなり不良
	15	医学的知識	3					
	16	介護に対する考え方	0					0. ある 1. 少しある 2. あまりない 3. 全くない
	17	経済的問題	1					
	18	副介護者からのサポート	2					0. 非常に積極的 1. 時に積極的 2. やや消極的 3. 非常に消極的
	19	発症後の高齢者との関係	0					
	20	介護負担度	3					0. 高所得層 1. 中所得層 2. 低所得層 3. 生活保護層
	21	介護肯定感	1					0. 非常に低い 1. 時に低い 2. やや高い 3. 非常に高い
								0. かなりある 1. 時々ある 2. あまりない 3. 全くない
								0. 非常に高い 1. やや高い 2. 時に低い 3. 非常に低い
								0. かなり良好 1. ほぼ良好 2. やや不良 3. かなり不良

介護負担度や介護肯定感は、本評価とは別に「介護負担度尺度」「介護肯定感尺度」を用いてアセスメントすれば、より客観的な評価が可能となります。

3. 生活機能の整理（記入例）

OT介入前の環境チェック									
1) 現病歴に不審（急性発症、せん妄）な点はないか？					☒	（夜間のトラブルはせん妄ではないかチェック）			
2) 薬物の悪影響はないか？					☐	（過剰な量の向精神薬は投与されていない）			
3) 家庭でのトラブル等の要因による心身機能低下ないか？					☒	（トラブルはないが自宅での役割もない）			
ICF(対応すべき生活機能と障害)									
心身機能	1. 認知症の重症度	☐ 健常	☐ MCI	☐ 軽度	☒ 中等度	☐ 重度			
	2. 身体機能低下	☒ 麻痺	☒ 関節	☒ 筋力	☒ バランス	☒ 痛み			
	3. 精神機能低下	全般的：	☒ 意識	☒ 見当識	☒ 知的	☐ 気質と人格	☒ 活力と欲動		
		個別的：	☒ 注意	☒ 記憶	☒ 情動	☐ 失行	☐ 失認	☐ 失語	
活動・参加	1. 移動手段	屋 内：	☐ 独歩	☒ 杖	☐ 歩行器	☐ 押し車	☐ 車椅子		
		屋 外：	☐ 独歩	☐ 杖	☐ 歩行器	☒ 押し車	☐ 車椅子		
	2. 他の移動手段	☐ バス	☐ 電車	☐ 自動車	☐ バイク	☐ 自転車			
	3. ADL能力低下	☐ 食事	☐ 排泄	☒ 更衣	☒ 整容	☒ 入浴			
	介助内容（排泄はリバパンツを使用。更衣・整容は準備が必要。入浴は多介助。）								
	4. IADL能力低下	☒ 買い物	☒ 調理	☒ 洗濯	☒ 火の取り扱い				
	5. コミュニケーション能力低下	☐ 理解	☐ 表出						
	6. 対人関係能力低下	☐ 基本的対人関係	☒ 複雑な対人関係	☐ 家族関係					
BPSDとその対策									
B P S D	デイケアでは、他患に対して細く注意をしたり、言いがかりをつけてはトラブルに発展することが多く見られる。また、昼休みなどの特に活動のない時間帯には、帰りのバスを気にして落ち着きがなくなり、出入り口のそばでジッとドアが開くのを待っている状態である。夜間の妻とのトラブルは、せん妄ではないか経過観察する。								
対 策	キーワード：	妻の名前、自宅住所			好む話題：	仕事の苦勞話、孫の話、足が速かった話			
	他患トラブルは、昼休みに頻発するためソワソワしたら早めに対応する。症状が治まらない時は、キーワードや好む話題を用い、注意を他の話題に転換しながら対応する。晴れている日は、プランターの水やりでも可。夜間状態は妻と連絡を密に取り合い、適宜医師に報告する。								
援助目標									
デイケアでは、①移動能力（杖歩行）の維持、②BPSDの改善、③意欲・活動性の向上、④妻の介護負担感の軽減を目指す。①については、積極的に屋外歩行に誘導し歩行時間を確保する。②については、上記対策を実践する。上手く行ったケアは、スタッフ・家族と共有する。③については割り箸細工、プランターでの野菜の栽培、レクリエーションへの参加を促す。④については、妻と相談しながら、水・土・日のサービス導入（特に入浴）を検討する。									
プログラム									
①運動・屋外歩行、②創作活動（割り箸細工）、③園芸、④レクリエーション、⑤家族支援									
再評価（介入 1 ヶ月後）									
1（移動能力低下）					☐ 改善	☒ 不変	☐ 悪化	（杖歩行維持。屋外歩行も拒否なく参加）	
2（BPSD）					☒ 改善	☐ 不変	☐ 悪化	（対人トラブルは改善。夜間はせん妄で不眠傾向。）	
3（意欲・活動性の低下）					☒ 改善	☐ 不変	☐ 悪化	（デイケアに休まず参加。活動性も向上。）	
4（ADL能力低下）					☒ 改善	☐ 不変	☐ 悪化	（入浴はデイサービス（週1回）で対応。）	
5（妻の介護負担が高い）					☒ 改善	☐ 不変	☐ 悪化	（入浴の介助負担軽減。夜間対応の課題が残る。）	
今後の方針									
今後もデイケアプログラムを継続し、移動能力、BPSD、意欲・活動性の維持・改善を図る。料理に興味を示したため、栽培した野菜を料理する活動を導入する。元来世話好きでリーダーシップを図ってきた人であるため、デイケアで役割を検討する。夜間の問題は今後医師と相談し、必要であれば薬物療法を検討する。妻の介護負担の変化に留意し適宜連絡をとる。BPSDの悪化や介助量の度合いを考慮し、公的サービスの追加を適宜検討する。									

アセスメント3は、生活機能の整理とプログラム立案を行います。生活機能の整理では、これまでの生活・環境をICFにて整理し、スムーズにOTが導入できるように準備をします。

そしてBPSD対策を多職種と共に立案・介入を図ります。その中でOTプログラムがBPSD対策やICFにどのように寄与しているかを再評価してください。

OT介入前の環境チェック	
1) 現病歴に不審(急性発症, せん妄) 点はないか?	☒ (夜間のトラブルはせん妄ではないかチェック)
2) 薬物の悪影響はないか?	☐ (過剰な量の向精神薬は投与されていない)
3) 家庭でのトラブル等の要因による心身機能低下はないか?	☒ (トラブルはないが自宅での役割もない)
ICF(対応すべき生活機能と障害)	
心身機能	1. 認知症の重症度 ☐ 健常 ☐ MCI ☐ 軽度 ☒ 中等度 ☐ 重度
	2. 身体機能低下 ☒ 麻痺 ☒ 関節 ☒ 筋力 ☒ バランス ☒ 痛み
	3. 精神機能低下 全般的: ☒ 意識 ☒ 見当識 ☒ 知的 ☐ 気質と人格 ☒ 活力と欲動 個別的: ☒ 注意 ☒ 記憶 ☒ 情動 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 失語
活動・参加	1. 移動手段 屋内: ☐ 独歩 ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 押し車 ☐ 車椅子 屋外: ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☒ 押し車 ☐ 車椅子
	2. 他の移動手段 ☐ バス ☐ 電車 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 自転車
	3. ADL能力低下 ☐ 食事 ☐ 排泄 ☒ 更衣 ☒ 整容 ☒ 入浴 介助内容 (排泄はリハビリパンツを使用。更衣・整容は準備が必要。入浴は多介助。)
	4. IADL能力低下 ☒ 買い物 ☒ 調理 ☒ 洗濯 ☒ 火の取り扱い
	5. コミュニケーション能力低下 ☐ 理解 ☐ 表出
	6. 対人関係能力低下 ☐ 基本的対人関係 ☒ 複雑な対人関係 ☐ 家族関係
BPSDとその対策	
B P S D	デイケアでは、他患に対して細く注意をしたり、言いがかりをつけてはトラブルに発展することが多く見られる。また、昼休みなどの特に活動のない時間帯には、帰りのバスを気にして落ち着きなくなり、出入り口のそばでジッとドアを開くのを待っている状態である。夜間の妻とのトラブルは、せん妄ではないか経過観察する。 キーワード: 妻の名前、自宅住所 好む話題: 仕事の苦労話、孫の話、足が違かった話 対策 他患トラブルは、昼休みに頻発するためソワソワしたら早めに対応する。症状が治まらない時は、キーワードや好む話題を用い、注意を他の話題に転換しながら対応する。晴れている日は、プランターの水やりでも可。夜間状態は妻と連絡を密に取り合い、適宜医師に報告する。
援助目標	
デイケアでは、①移動能力(杖歩行)の維持、②BPSDの改善、③意欲・活動性の向上、④妻の介護負担の軽減を目指す。①については、積極的に屋外歩行に誘導し歩行時間を確保する。②については、上記対策を実践する。上手く行ったケアは、スタッフ・家族と共有する。③については割り箸細工、プランターでの野菜の栽培、レクリエーションへの参加を促す。④については、妻と相談しながら、水・土・日のサービス導入(特に入浴)を検討する。	
プログラム	
①運動・屋外歩行、②創作活動(割り箸細工)、③園芸、④レクリエーション、⑤家族支援	
再評価(介入 1 カ月後)	
1 (移動能力低下)	☐ 改善 ☒ 不変 ☐ 悪化 (杖歩行維持。屋外歩行も拒否なく参加)
2 (BPSD)	☒ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化 (対人トラブルは改善。夜間はせん妄で不眠傾向。)
3 (意欲・活動性の低下)	☒ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化 (デイケアに休まず参加。活動性も向上。)
4 (ADL能力低下)	☒ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化 (入浴はデイサービス(週1回)で対応。)
5 (妻の介護負担が高い)	☒ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化 (入浴の介助負担軽減。夜間対応の課題が残る。)
今後の方針	
今後もデイケアプログラムを継続し、移動能力、BPSD、意欲・活動性の維持・改善を図る。料理に興味を示したため、栽培した野菜を料理する活動を導入する。元来世話好きでリーダーシップを固めてきた人であるため、デイケアで役割を検討する。夜間の問題は今後医師と相談し、必要であれば薬物療法を検討する。妻の介護負担の変化に留意し適宜連絡をとる。BPSDの悪化や介助量の度合いを考慮し、公的サービスの追加を適宜検討する。	

クエイエントが受診し OT 介入が始まる前、自宅(家族間)では、様々なトラブルが起きていることでしょう。

BPSD は環境に左右されますので、現症状との関連性をチェックしてください。

OT 場面で語られるクライアントの好む話題等を記録し、BPSD 出現時の対策として活用してください。

また、上手くいったケアは多職種で共有してください。

プログラムはアセスメントから導かれているか? BPSD 対策になっているか? について再確認してください。

評価とプログラムは、OT 実践を通して継続的に改善・遂行されるべきです。PDCA サイクル(試行錯誤)を意識して再評価、再プログラムの立案を実施してください。

4. 各臨床像の大まかな特徴

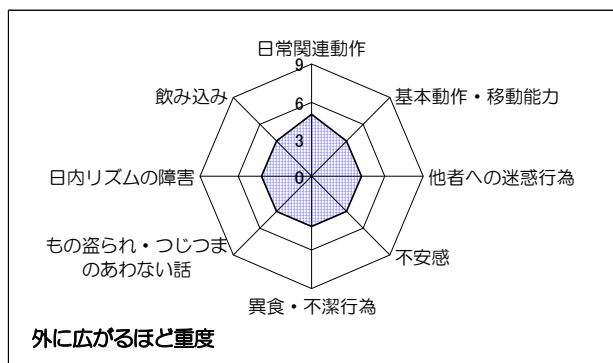
	A：ちょっとしたもの忘れタイプ 境界認知症のタイプ（Mild Cognitive Impairment：MCIなどを含む）。ADLはほとんどの方が自立しているが、IADLの自立度には個人差がある。作業活動やレクなどにはほぼ興味を持って参加されている。特に問題があるわけではないが、よくわかっているぶん、周囲の状況（重度の方との関わりなどで）で不安になることもあるようである。認知症自立度はⅡ～Ⅲレベルがほとんどを占める。MMSEも20点以上が半数以上を占める。要介護度は未申請～要支援・Ⅰレベルが多くを占める。
	B：とりつくり・穏やかタイプ ちょっとしたもの忘れタイプに比べIADL（日常関連動作）の低下が目立つ。身体機能もほとんど問題ないが、時折杖歩行・介助歩行など不安定な方もいる。コミュニケーションもさほど問題なく行えることが多い。ただ、「認知症：記憶障害、見当識障害、遂行機能など」の低下が次第に見られてきており、それらの機能を求められる場面以外では特に問題なく穏やかに過ごされているが、在宅やデイケア場面などで必要以上に能力を求められやすくなることで、不安が強くなったり、うろうろと動き回ることもある。しかしトラブルに発展することは少ない。認知症自立度はⅡレベルが7割以上をしめ、MMSEも10点台～20点台が半数以上を占める。要介護度は要支援～2レベルが多くを占める。
	C：体は元気、不安が強いタイプ IADLの低下は著明。ADLも食事と移動以外は中等度に障害されている。不安感が強く、それに伴う落ち着きのなさや何度でも同じ事を確認してくるなどの行為が目立つ。自分なりに色々と考え事を巡らせている様子だが、まとまらずさらに不安感を強めているようにもとれる（自分なりの世界と周囲の状況との折り合いを必死でつけようとしている姿）。生活リズムの崩れは少ない。落ち着いているときはコミュニケーションもとれる。認知症自立度はⅡレベル以下とⅢレベル以上が半々である。MMSEも10点台前後が半数を占める。
	D：周囲との摩擦が多いタイプ（認知症の程度：重度） 周囲とのトラブルが頻発しているタイプ。しかし、よく観察するとトラブルの状態も認知症の程度で違う。認知症が重度の場合は周囲への関心もかなり低下しており、コミュニケーションもとりにくいことが多い。それゆえのトラブルが頻発。体は元気なことが多いので徘徊は多い。その方の精神世界をイメージすることがさらに難しくなってくる。異食やトイレ以外での排泄行為なども見られることがある。ケアに対する拒否も強い（状況が分からないため）。ADLは移動と食事以外は介助の度合いが大きい。MMSEも一桁がほとんどである。認知症自立度はⅣ以上が2/3。 D：周囲との摩擦が多いタイプ（認知症の程度：軽度） 一方、認知症が軽度の場合は「頑固じいさん」というイメージ。周囲にあまり同調せず、集団などでも雰囲気をつぶすことがある。帰ると言い出したらなかなか後に引かず、出口の所で意地でも待っているといった感じ。ケアへの拒否が強い（説得には応じない、自分の思いが強い）。穏やかなときはコミュニケーションも良好、ADLもほぼ自立している。MMSEも15～20点前後である。認知症自立度はⅠ～Ⅱレベル。
	E：体もちょっと弱って、混乱も強いタイプ 不安・多動タイプから認知症症状が進行し、さらに生活リズムの崩れが出現し始めている状態。せん妄や昼夜逆転による意識の変動（覚醒度）があるがそれだからといってじっとしているということもなく、ぼやーとした意識状態で動くことで転倒も増えてくる。歩行もそこそこ、保たれているが安定した歩行とはいえない。不安感からくる訴えもあるが、ほとんど本人の理解が進まないとうまくコミュニケーションもとれないことが多くなってくる。昼夜に不安定な歩行で歩くことや、コミュニケーションもとりにくい状態から考えると、介護者の心身の負担感も大きくなることが予想される。認知症自立度はⅢ以上が3/4をしめる。MMSEは0～10点半ばと範囲が広い。
	F：ひっそり・ごそごそタイプ ADL、IADL関連は食事は若干自立している方もいるが、ほぼすべての動作において半介助、全介助が必要。車いす使用者も多い。しかし、寝たきりではないので、動こうとしたり、知らない間に動いているということもある。飲み込み（嚥下）が悪く、食種の配慮や食事介助の時に注意を要する方もいる。自発性が低下しており、関わりが少なく、じっと椅子や、車いすに座りウトウトとしていることも多い。認知症自立度はⅣ以上がほとんど。MMSEも一桁がほとんどである。

Ⅲ 各タイプの特徴と対応のポイント

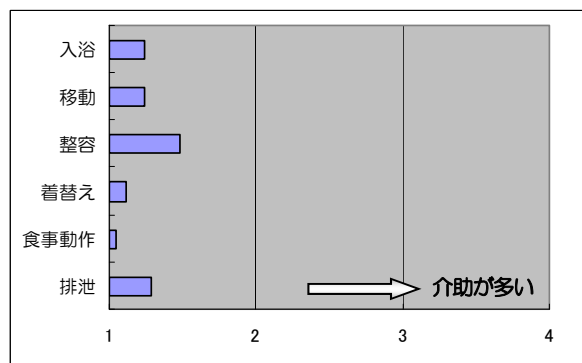
A：ちょっとしたものの忘れタイプ

ADL（食事や着替えなど）はほとんどが自立。I ADL（お金の管理や買い物など）も比較的自分で行うことが可能であり活動能力は高く保たれている。しかし、時折物忘れなどがあり、火の不始末等危険につながる行為も見受けられる。

著明な BPSD はほとんど見られず、コミュニケーションも良好なため、認知症というよりは物忘れが少し強くなった程度。介護度は要支援～1レベル、日常生活自立度判定基準はN～Iレベルがほとんどを占める。周囲の対応如何でその後の認知症進行状況が左右される可能性があるため失敗を責めて役割を狭めていくのではなく、本人の意向も含めながら積極的に能力発揮の機会をつくり、QOLの向上を図ることが大切である。



認知症の類型化レーダーチャート



日常生活の介助の程度

- “うっかり物忘れ” 防止にメモ用紙やホワイトボードの活用をしましょう。
- 出来ないことを指摘してやめさせるより、出来ることをどんどんやってもらいましょう。
- 手芸や工芸など、創作的な活動の場を提供しましょう。
- 認知症の出現にご本人もご家族も戸惑いを持つものです。専門医等に現状や予後をきちんと説明してもらおう等、不安を和らげるような配慮も必要です。
- 通所リハビリや通所介護などの利用は、環境の違いに本人が不安を抱かないよう、徐々に環境に慣れていくように初めのうちは家族も同伴するなどの工夫をしましょう。
- 介護保険の要介護認定によっては、十分な通所サービス等を受けられないこともあります。その際は介護保険外の公的制度などでサービスの補充をしましょう。
- 高齢者世帯や独居の方の場合、火災・緊急時の対応等への配慮も必要です。自動消火器や緊急通報システムなど福祉用具の紹介、民生委員・近所の方等との連携・協力も大切です。
- 家屋の工夫はあまり必要ありませんが、段差への対応として手すり等は役立つでしょう。

ちょっとした物忘れタイプ

【基本方針】

本人の希望や興味を把握した上で、出来ることはどんどんしてもらいましょう。初期の認知症状（記憶障害などによりパニックになる）に戸惑う本人や家族への相談や助言が大切です。生活リズムの整備、調節に重点をおきます。

◆ケアのポイント

周囲の状況に合わすことができ、日常生活にもさほど支障を来していませんのでデイケアなどでは他者のお世話をしたり、ちょっとした雑用（お茶入れやテーブル拭きなど）も進んで行ってくれることがあります。また、物忘れの自覚もあり自分に対する漠然とした不安感も持ち合わせていることも多いので、些細なことへのつまずき（難しい課題をこなすなどの緊張場面など）に対応する繊細な視点とケア（心の動きをしっかりと受け止める関わり）が必要になってきます。

◆活動のポイント

認知症初期に低下しやすい機能（エピソード記憶、注意分割機能、課題遂行機能など）を含んだ活動（回想法、会話、実行計画から行う活動、調理、手芸、創作活動など）を意識します。ただし、失敗体験を起こさないように活動のレベルを整理する必要があります。ご本人の興味も関係してくるが、主体的に行うことができる活動を提供することで、認知症予防の要素も含んだものとなります。人（利用者）と人（スタッフ）との関係性の中から、その場における居場所作りを行っていき、安心感のある環境作りを心がけます。まずはじっくりその方と話をすることから始めるのも一つの方法です。未経験のものでもゆっくりと手順を提示すると比較的どのような活動でも行うこと可能です。

◇活動の種類

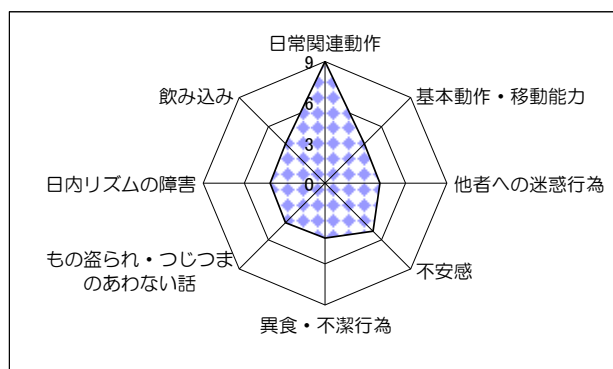
☆くるみ絵(季節の花) ☆エコクラフト ☆手芸（アンデルセン、革細工、タイルなど）
☆編み物 ☆硬筆 ☆絵手紙 ☆手工芸（編み物、縫い物）☆習字 ☆貼り絵 ☆料理
☆炊事 ☆生け花 ☆折り紙 ☆レク全般 ☆塗り絵 ☆園芸 ☆張り子
☆衣服の修理 ☆その他



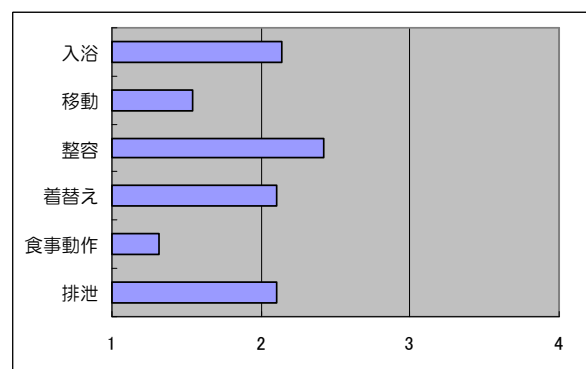
B：とりつくろい・穏やかタイプ用

ちょっとしたもの忘れタイプより IADL（日常関連動作）の低下が目立つ。身体機能面もほとんど問題ないが、時折杖歩行・介助歩行など不安定な方もいる。

コミュニケーションもさほど問題なく行えることが多い。ただ、記憶障害、見当識障害、遂行機能などの低下が次第に見られてきており、それらの機能を求められる場面以外では特に問題なく穏やかに過ごされているが、在宅やデイケア場面などで必要以上に能力を求められたりすることで、不安が強く、とりつくろい反応やうろうろと動き回るなどの行動がみられることもある。認知症自立度はⅡレベルが7割以上をしめ、MMSE も 10 点台～20 点が半数以上を占める。要介護度は要支援～2 レベルが多くを占める。



認知症の類型化レーダーチャート



日常生活の介助の程度

- 廃用症候群に陥らないようにすることが大切です。
- 手芸や工芸など、創作的な活動の場を提供しましょう。
- 役割を持つことで自分らしさを感じる方には、無理のない範囲で仕事などを頼んでみましょう。
- 失敗体験につながらないような（遂行可能な作業）、日常的な役割を受け持ってもらいましょう。
- 通所リハビリや通所介護などの利用は、環境の違いに本人が不安を抱かないよう、徐々に環境に慣れていくように初めのうちは家族も同伴するなどの工夫をしましょう。
- 訴えられず失禁する場合は、さりげなく定期的に誘導することも必要なときがあります。
- 介護保険の要介護認定によっては、十分な通所サービス等を受けられないこともあります。その際は介護保険外の公的制度などでサービスの補充をしましょう。
- 高齢者世帯や独居の方の場合、火災・緊急時の対応等への配慮も必要です。自動消火器や緊急通報システムなど福祉用具の紹介、民生委員・近所の方等との連携・協力も大切です。
- 家屋の工夫では手がかりが多くなるように工夫すると混乱も少なくなります。

とりつくろい・穏やかタイプ

【基本方針】

比較的穏やかに過ごしていることが多いが、時として妄想的な訴えをすることもあり、その時は精神的な関わりに苦労することもあります。ご本人を傷つけず、ご家族の認知症への理解を深めながら環境を整備することが必要です。また、穏やかに過ごしているのであまり注意が向かず、困惑していることに気がつかないこともあるので、注意を払う必要があります。無為による身体機能面の低下が認められる場合もあるので、廃用症候群に陥らないよう留意して、身体機能面への介入も視野に入れておきましょう。

◆ケアのポイント

記憶障害や判断力の低下と健全な部分との葛藤が顕著になります。性格的なものやそれまでの社会的な役割なども関連するのか、あまり問題として表面化されず、集団の中では特に穏やかに問題のない方として認識されやすい傾向にあります。しかし、クライアント的な課題を遂行する場面では混乱なども見られ、それが強い拒否や無為行動などにつながるので、しっかりと注意を向けることが大切です。

◆活動のポイント

できる活動も多いが、記憶障害や遂行機能の障害によりなかなか活動に乗ってこないこともあるようです。本人が自発的に参加しやすい環境設定がより重要であり、そのためには各クライアントの生活史や得意なもの、どのような人柄だったかをスタッフが把握する中で、作業に誘うようにして（誘い水作業）職員が最初に作業をその方の近くで行うなどの環境を作ってみましょう。ちょっとした物忘れタイプよりは活動時のつまずきが多いことを念頭においた活動提供が必要です。

◇活動の種類

☆手芸（アンデルセン、革細工、タイルなど） ☆硬筆 ☆絵手紙 ☆手工芸（編み物、縫い物） ☆習字 ☆貼り絵 ☆料理 ☆炊事 ☆生け花 ☆折り紙 ☆レク全般 ☆塗り絵 ☆園芸 ☆張り子 ☆屋内生活で家族と一緒に簡単な片付けや清掃 ☆描画 ☆タオルたたみ ☆作業活動（単純なもの） ☆その他

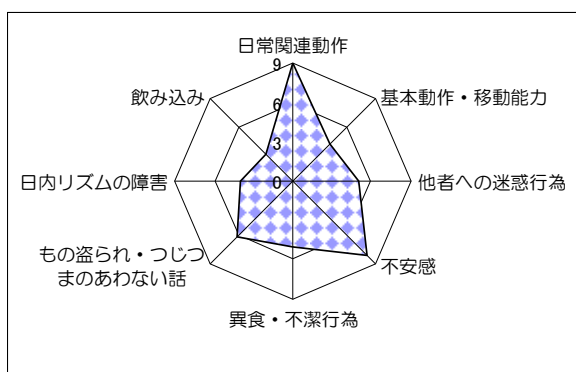


C：体は元気、不安の強いタイプ用

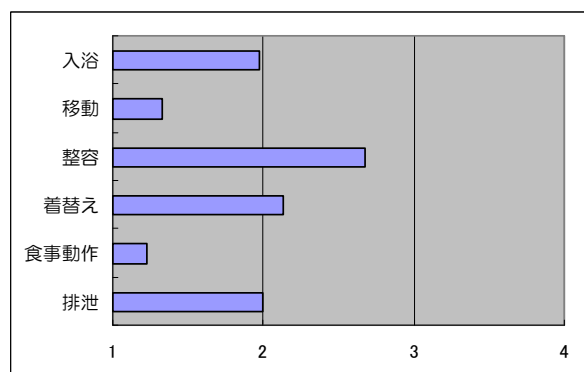
IADL の低下は著明。ADL も食事と移動以外は中等度に障害されている。不安感が強く、それに伴う落ち着きのなさや何度も同じ事を確認してくるなどの行為が目立つ。

自分なりに色々と考え事を巡らせている様子だが、まとまらずさらに不安感を強めているようにもとれる（自分なりの世界と周囲の状況との折り合いを必死でつけようとしている姿）。生活リズムの崩れは少ない。落ち着いているときはコミュニケーションもとれる。

認知症自立度はⅡレベル以下とⅢレベル以上が半々である。MMSE も 10 点台前後が半数を占める。



認知症の類型化レーダーチャート



日常生活の介助の程度

- 焦燥（イライラ）感、不安感をいだていることが多いようです。その不安に対する関わる側の姿勢によって、対象者の反応や行動が変化していきます。「帰宅要求」があったときには普段と同じ態度で接し、不安を助長させないようにします。
- 認知機能が低下していく自分に対して不安を感じていることもあります。「自分はおかしい」「ボケている」など関わる側に確認することもあります。安易な否定はせず「なぜそう思うのか」など気持ちを引き出す工夫をしましょう。
- デイケア・デイサービスなど屋外の施設へ行くことを「学校や会社へ行く」と認識している方がみられます。その場合、関わる側は言葉を合わせて対応し、施設職員にも本人の意向に合わせた対応を行ってもらうようにしましょう。
- 施設での帰宅要求は、職員からの声かけには納得がいなくても、他利用者からの声かけで落ち着く場合もあります。
- 勘違いや危険を少なくする工夫が必要です。（透明で大きな窓ガラスは、その先の景色に気を取られぶつかることがあります。）
- 徘徊に対応した福祉用具や家屋の工夫が必要です。
- 張り紙やカレンダーなどの手がかりはいろいろな場面で効果があります。

体は元気、不安の強いタイプ

【基本方針】

認知症のBPSDに悩まされる時期です。介護拒否や帰宅要求などのBPSDに上手く対処する方法を、介護に関わる全ての者で話し合う必要があります。行動障害も認知障害の進行とともに妄想的なものから作話的要素を含んだものが多くなってきます。上手く対応するコツのようなものを考え、それに関わる側の意識として統一させることが大切です。徘徊が多く見られ、事故の予防策や家族へのサポートなど援助体制（福祉用具や徘徊SOSネットワークなどの人的支援）を整える必要性が高まってきます。

◆ケアのポイント

記憶障害や判断力の低下もより進行してきており、周囲の状況の変化やいままでも出来ていたことができないなどの混乱がさらに強くなって来る時期です。徘徊も不安や自分の思い込みがベースにあると思われますので、本人の納得のいかない制止はかえって不安感や思いこみを強める可能性があります。体が元気であることも多く、ケアに関わる人が固定してしまうと、負担感も増してきます。職員交代やサービスの利用を行い、みなで関わる方策を考えることも大切です。

◆活動のポイント

強い不安からアクティビティなども腰を落ち着けて行う事が次第に難しくなってきます。集団でのレクやクラエント的な関わりを意識した環境作りで、安心感や居場所作りを心がけていく必要があります。さりげなく隣でその方が得意な活動や興味を持ちそうな活動をスタッフが行うことで、主体的に行動を起こすこともあります（誘い水作業）。活動提供の方法を工夫することも必要です。

◇活動の種類

☆手芸 ☆絵手紙 ☆習字 ☆貼り絵 ☆料理 ☆炊事 ☆折り紙 ☆レク全般
☆塗り絵 ☆園芸 ☆張り子 ☆屋内生活で家族と一緒に簡単な片付けや清掃
☆タオルたたみ ☆作業活動(単純なもの) ☆その他☆将棋・囲碁



D：周囲との摩擦が多いタイプ

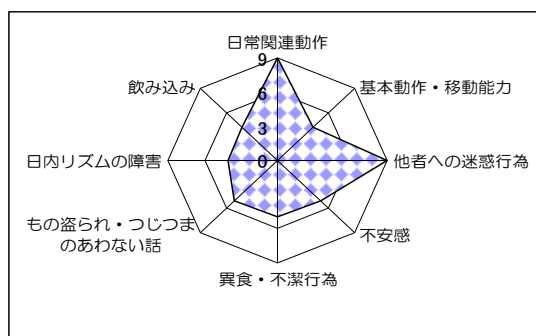
D-1：周囲との摩擦が多いタイプ【認知症の程度：重度】

周囲とのトラブルが頻発しているタイプ。認知症が重度の場合は周囲への関心もかなり低下しており、コミュニケーションもとりにくい事が多い。それゆえのトラブルが頻発。体は元気なことが多いので徘徊は多い。その方の精神世界をイメージすることがさらに難しくなってくる。異食やトイレ以外での排泄行為なども見られることがある。ケアに対する拒否も強い。ADL は移動と食事以外は介助の度合いが大きい。MMSE も一桁がほとんどである。認知症自立度はⅣ以上が2/3。

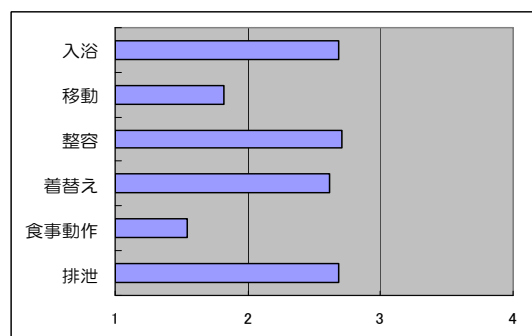


D-2：周囲との摩擦が多いタイプ【認知症の程度：軽度】

周囲にあまり同調せず、集団などでも雰囲気乱すことがある。ケアへの拒否が強い。穏やかなときはコミュニケーションも良好、ADL もほぼ自立している。MMSE も15～20点前後である。認知症自立度はⅠ～Ⅱレベル。



認知症の類型化レーダーチャート



日常生活の介助の程度

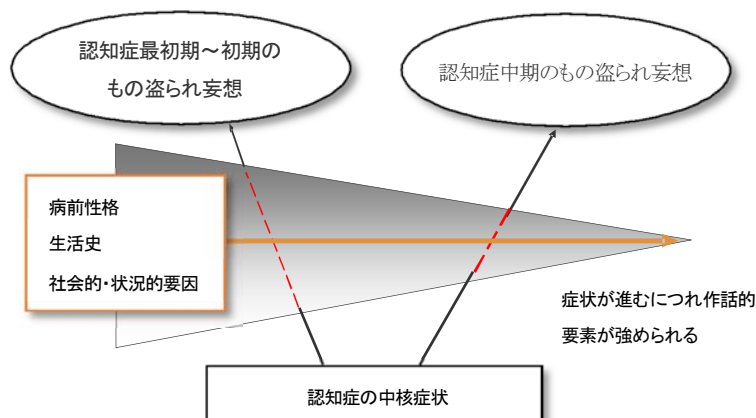
- 自分から積極的に話す人ではなく、周囲から孤立しやすく、介護者の方からの関わりが大事です。
- 本人の一日の流れ(デイケア通所と自宅の往復)が出来ていて、そのパターンを崩すと夫に「行きたくない」、「死ねばいいんじゃない」など訴え精神的に興奮してしまい、夫が対応に苦慮する事があります。その為、本人の精神的安定を第一に考え、嫌がる事(不快に思う事)を避ける様にしています。
- 性格(その人なり)をきちんと把握した上での関わりが必要。これだけは絶対許さない方、このことがとても好きな方などを把握することが大切です。
- しっかりと話を聞く、期間などを決め、落ち着いてその場に居ることがきる関わりを中心にする。
- コミュニケーション・・・正確に会話内容に対しての返答を行うということは難しいが、他者(職員中心)の声かけに反応したり、何かを訴えようとする様子はあるため、その部分を少しでも維持して、その人らしさが発揮されるよう丁寧な言葉をかけていく。
- 常に介助を必要とすることが多いです。しかし、時折自力で箸をのばす場面もあるため、まず箸を持ってもらい、本人の食事動作に近づけるように誘います。

周囲との摩擦（軽度・重度）タイプ

【基本方針】

認知症でもっとも頻繁に現れるタイプと言えます。大きく分けて認知機能の軽度な時期と重度の時期との2つに分けました。軽度な時期は、記憶もまだらなので「ごまかす」対応を繰り返すと返ってことを荒立ててしまったりします（妄想的）。関わる人や言葉かけに注意が必要です。少し認知障害が進むと対応しやすくなる時期がくる方もいます（作話的）ので、薬物の乱用は避けたいものです。一方、重度の時期は、理屈が通らないことが多いので、刺激になるような人・物・声かけは極力なく調整が必要です。集団に交わること自体に反応する場合は、散歩など気晴らし活動を交え人と離す時間も必要になります。

トラブルで多いものにももの盗られ妄想があります。もの盗られ妄想も認知症の程度によって「妄想」的なものと「作話」的なものとに分かれます。中等度以降のもの盗られは作話的で、あり、一緒に探すなどの行為で落ち着いたり途中で忘れてしまうこともあります。軽度認知症の場合、妄想的であり、対処方法も難しくなります。じっくりと話を聞くことからはじめ、信頼関係を深める中で、その方の居場所作りを行っていくことが大切になります。



軽度では、クライアントのさまざまな要素が認知症と相まって妄想的に症状が見られるが、中等度以上では作話的に症状が見られる。



◆活動のポイント

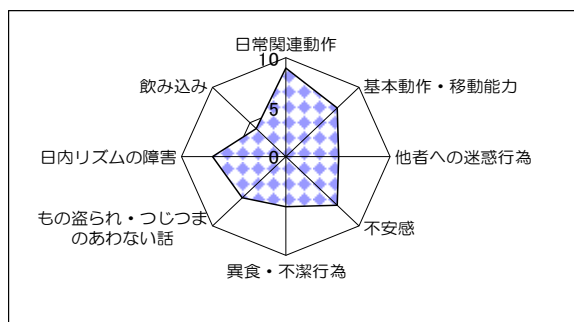
軽度の場合は行える活動の種類も多くあります。提供の方法、タイミングなどクライアントにあった方法を考えます。中等度から重度の場合、活動はレクや歌など身体的、感覚的なものであれば参加する頻度は高くなります。ただ、手続き記憶に関連する活動であれば、部分的にでも行えることがあります。そうした能力を見つけ出すことも大切です。

E：体もちょっと弱って、混乱も強いタイプ

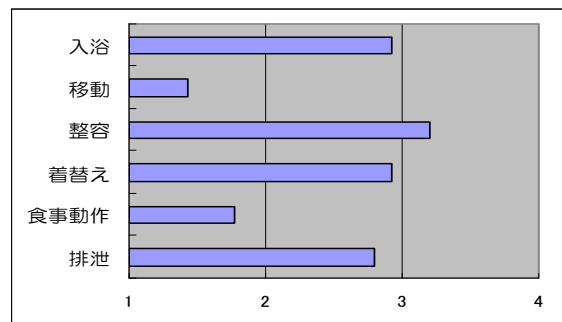
体は元気、不安の強いタイプから認知症が進行し、さらに生活リズムの崩れが出現し始めている状態。せん妄や昼夜逆転による意識の変動があるが、じっとしているということもなく、ぼんやりとした状態で動くことで転倒も増えてくる。

歩行能力もほぼ保たれているが安定した歩行とはいえない。不安感からくる訴えもあるが、よほど本人に対する理解が進まないとうまくコミュニケーションもとれないことが多くなってくる。昼夜に不安定な歩行で歩くことや、コミュニケーションもとりにくい状態から考えると、介護者の心身の負担介護者の心身の負担感も大きくなることが予想される。

認知症自立度はⅢ以上が 3/4 をしめる。MMSE は 0～10 点半ばと範囲が広い。



認知症の類型化レーダーチャート



日常生活の介助の程度

- 身体機能面へのアプローチ（リハビリテーション）を考慮しておく必要があります。
- 介護者の負担を軽減する工夫が必要です。
- 異食に注意を要する対象者がいます。
- 無理に集団に適應させようとせず、散歩など個別的な対応の導入を行いましょう。
- デイケア・デイサービス内では可能な限り、自由な環境を提供し、生活のリズムが一定になるように促しましょう。
- 排泄のコントロールが出来るように規則的な排泄誘導を行うことも大切です。
- 転倒に注意をしましょう。
- 言葉でのコミュニケーションが出来ないこともあります。動作、仕草で何が伝えたいのかを感じる関わり方も大切です。
- 家屋では危険な場所（大きな段差、階段など）への配慮が必要です。
- 徘徊に対応した福祉機器の整備も必要です。
- 見守りが出来る家屋の構造が必要です。

体もちょっと弱って、混乱も強いタイプ

【基本方針】

転倒への人的・環境的な配慮が必要になります。転倒後の骨折→過度の安静や環境変化での混乱→寝たきりや認知症状の悪化というサイクルは臨床場面ではよく経験することです。認知症は歩行レベルが比較的重症になるまで保たれる疾患です。ご家族の転倒への意識は以外に低い物です。いつから注意を呼びかけるのか？や住宅改修などの環境整備は特にその導入時期の見極めが重要です。

また、お年寄りの混乱が強い状況は、ケアを行う側の精神的な負担感を蓄積させていきます。サービス導入、相談受け入れ態勢、福祉用具の提案など周辺でも支えていく環境が必要です。



◆ケアのポイント

生活リズムの乱れや身体ケア（排泄、入浴など）の増加などケアを行っていく上で支障となる状態が多く現れてきます。車椅子使用やサービス導入などを検討します。家族の負担感にも注意を払いながら、今後のケアの方針について家族、サービス提供事業者、関連職種とじっくり話をしていくことが大切です。

◆活動のポイント

混乱が強く、落ち着いて活動ができない状況であれば、ただ傍にいてもよい。集団を行っているのであれば、無理にその集団に入るのではなく、一緒に遠巻きにその集団を眺めるという方法もある。感覚的な活動（音楽や映画など）は導入しやすい事も多いので、その方が好きな歌や映画などを事前調べておくことも必要である。

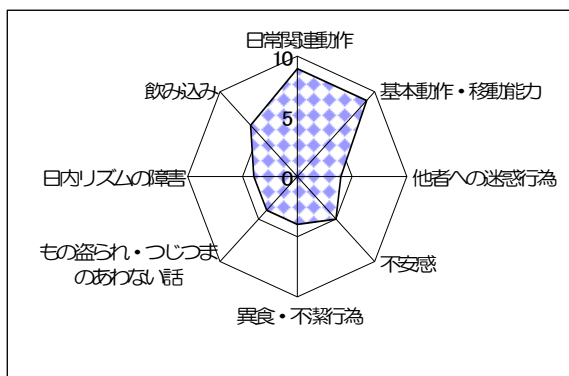
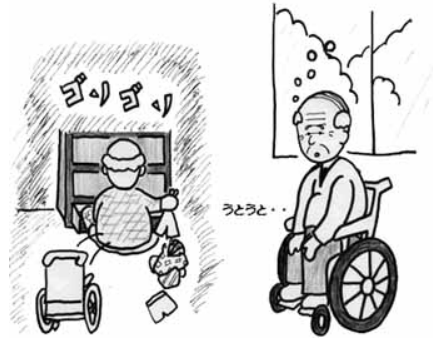
◇活動の種類

- ☆歌 ☆軽作業（職員が行う作業を隣で見る、手伝う、口出しをする、など）
- ☆体操 ☆その他

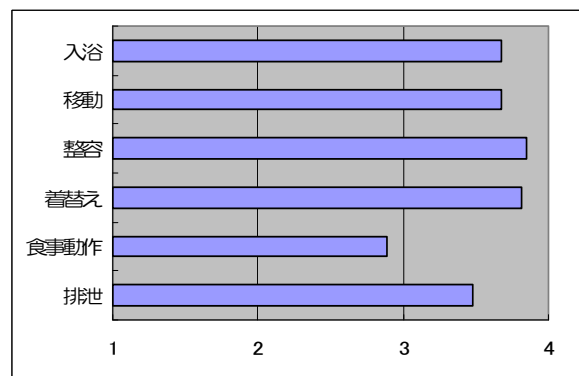


F：ひっそり・ごそごそタイプ用

ADL、IADL 関連は、食事は自立している方も若干いるが、ほぼすべての動作において何らかの介助が必要。車いす使用者も多い。しかし、寝たきりではないので、動こうとしたり、寝たきりではないので、動こうとしたり、知らない間に動いているということもある。飲み込み（嚥下）が悪くなると、食種の配慮や食事介助の時に注意を要する方もいる。自発性が低下し、関りが少ないと、じっと椅子や車いすに座り、ウトウトしていることも多くなる。疾患別の認知症病型では脳血管性認知症では前頭葉症状による活動性低下をきたすため、タイプに分類されやすい。認知症自立度はⅣ以上がほとんどとなる。MMSE の得点も一桁が多い。



認知症の類型化レーダーチャート



日常生活の介助の程度

- 生活リズムの調整、寝たきりの防止が大切です。
- 身体機能面へのアプローチ（リハビリテーション）を考慮しておく必要があります。
- 廃用症候群に陥らないようにすることが大切です。
- わずかでも良い反応（笑顔や言葉）や動きを引き出す関わりをします。
- 自ら訴えることが少ないので体調（顔色や様子）などに注意を払います。
- 愛意的な関わりは避けましょう。
- 介護者の身体的負担の軽減など、在宅サービスの利用も視野に入れます。
- 車いすの使用が多いので、その為の段差解消など家屋の工夫にも考慮します。
- 食器の工夫、トイレの工夫なども大切です。

ひっそり・ごそごそタイプ

【基本方針】

活動性低下に対する関わりや身体動作を補助するためのベッド周囲の環境調整が必要になってきます。認知症以外の合併症に対する対応や多くの介護サービスの調整、家族介護の限界点の見極めなどが必要にもなってきます。特に廃用症候群に陥りやすい状況にもありますので、関連職種と連携のもと身体ケアにも注意をはらう事が大切です。

◆ケアのポイント

活動性は低下し、BPSD も無為、意欲低下などが目立ちます。そのため、介護者は常に気張っておく必要は少なくなり、対応に追われるものではありません。ただ、関わりが薄いと廃用症候群を併発する可能性が高いとも言えます。坐位保持や立位保持の訓練などが必要な方にはそれらが施行できる環境を整えましょう。褥瘡発生の危険もあるため、長時間同じ姿勢（車椅子坐位など）にならないように注意を向けておく必要があります。

車椅子での移動が多くなることもあるので、段差解消など住環境へのアプローチも必要になることがあります。

◆活動のポイント

感覚的な刺激があるもの（歌やレクなど）が中心になります。作業なども作成するというよりは、ものを作る場面と一緒に過ごし、できあがり共有する関わりが必要となります。

◇活動の種類

☆手芸 ☆折り紙 ☆塗り絵 ☆張り子 ☆体操 ☆歌 ☆レク全般
☆ボールパス ☆タオルたたみ ☆作業活動(単純なもの) ☆お手玉移動
☆機能訓練 ☆その他

