

JCHO 宮崎江南病院

認知症ケアマニュアル総論



地域包括ケア・連携委員会

認知症マニュアル部会編集

【総論目次】

1. 認知症とは
2. 最初に気づく認知症高齢者の日常生活上の変化
3. 老年期に頻度の高い三大認知症
 - (1)アルツハイマー型認知症
 - (2)レビー小体型認知症
 - (3)脳血管性認知症
4. 認知症をよく理解するための9大法則・1原則
5. 認知症高齢者の介護の基本姿勢と対応
6. 上手な介護のための12か条
7. タクティールケア

【各論目次】

(中核症状)

1. もの忘れ(記憶障害)
 - (1)軽症 (2)中等症 (3)重症
2. 見当識障害、
3. 判断能力の障害(実行機能障害)
4. 失語・失認・失行
5. 認知機能の変動

周辺症状:BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 認知症の行動と心理症状)

(行動症状)

6. 攻撃的・興奮・暴力、
7. 徘徊、
8. 不食・拒食、
9. 過食、異食
10. 失禁・不潔行為、
11. 拒否

(心理症状)

12. 意欲低下 (1)軽症 (2)中等症以上
13. 睡眠障害、
14. 妄想、
15. 幻覚・錯覚、
16. せん妄、
17. うつ症状

【総論】

1. 認知症とは

後天的な脳の器質障害によって、すでに獲得されていた知能が持続的に、また比較的短期間のうちに低下し、日常生活に支障をきたす状態。

2. 最初に気づく認知症高齢者の日常生活上の変化

- ・同じことを何回も言ったり聞いたりする。物の名前が出てこなくなった。
- ・置き忘れやしまい忘れが目立つ。以前はあった関心や興味が失われた。
- ・日課をしなくなった。だらしなくなった。時間や場所の感覚が不確かになった。
- ・財布を盗まれたと言う。ささいなことで怒りっぽくなった。

3. 老年期に頻度の高い三大認知症

(1) アルツハイマー型認知症

もの忘れが、ゆっくりと悪くなる。神経学的診察で異常なし。
取り繕い反応。周囲の人にどう見られているかが気になって取り繕う。
(知人程度なら、分からなくても上手に取り繕い、不自然さを感じさせない。)
場あわせの反応。物盗られ妄想が多い。不安からパニックを起こしやすい。
初期には診察室では気づかれないことが多い。よく話す。

(2) レビー小体型認知症

初期には記憶障害が目立たない。始まりの多くは「もの忘れ以外」の症状から。
「うつ」として観察されていることが多い。
現実的で具体的な内容の幻視がある。妄想。
レム睡眠行動障害あり。(悪夢を伴う大声や体動を示す)
注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺あり。
抗精神病薬による症状の悪化。パーキンソン症候、歩行障害。
転倒のエピソードあり。
食事中の血圧低下。夜間帯の頻尿や排尿障害。失神。

(3) 脳血管性認知症

脳血管障害の既往。神経学的診察で異常あり。早期からの歩行障害がある。
眠気が強い。注意力の低下(よく寝ている、呼びかけへの反応が鈍い)。
初期からの排尿障害・歩行障害・嚥下障害。
夜間せん妄、感情失禁があるが、人格や病識が保たれる。ゆっくりと話すと理解できる。

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症
性別	女性に多い	男性に多い	男性に多い
人格	早期より崩れる	比較的保たれる	保たれやすい
感情	平板化、上機嫌	起伏が激しい、感情失禁	うつ状態になりやすい
認知症	全般的	まだら	リアルな幻視
認知症の自覚	ないことが多い	初期にはある	初期は自覚あり
経過	徐々に進行	段階的に進行	不均一な状態で段階に進行
持病	関係は少ない	高血圧・糖尿病などの持病多い	高血圧・便秘・悪夢

4. 認知症をよく理解するための9大法則・1原則

杉山孝博(川崎幸クリニック院長、公益社団法人認知症の人と家族の会副代表理事)

第1法則:記憶障害に関する法則

新しいことが覚えられず、経験したことも忘れるが、過去の記憶は残る。

記憶力低下:話したことも見たことも行ったことも直後には忘れていて、同じ事を繰り返すのは毎回忘れていて。

全体記憶の障害:食べたことなど体験したこと全体を忘れていて。

記憶の逆行性喪失:現在から過去に遡って忘れていくのが特徴。昔の世界に戻っている。

第2法則:症状の出現強度に関する法則

身近な人に対するほど、強い症状を見せる。

第3法則:自己有利の法則

自分にとって不利なことは認めない。

第4法則:まだら症状の法則

「しっかり」と「おかしい」が入り混じる。初期から末期まで通して見られる。常識的な人だったら行わないような言動をしているため周囲が混乱しているときには「認知症問題」が発生しているのだから、その原因になった言動は「認知症の症状」であると捉える。

第5法則:感情残像の法則

頭はボケても、感情だけは残像のように残る。

a. ほめる。感謝する。 b. 同情する(相づちをうつ)。 c. 共感(「よかったね」を付け加える)。

d. 謝る。事実でなくても認める。嘘をつく(悪役を演じる俳優の気持ちで)

第6法則:こだわりの法則

ひとつのことにこだわり、やめない。ひとつのことにいつまでもこだわり続ける。説得や否定はこだわりを強めるのみ。本人が安心できるようにもっていくことが大切。

a. そのままにしておく。 b. 第三者に登場してもらう。 c. 場面転換をする。 d. 地域の協力理解を得る。

e. 一手だけ先手を打つ。 f. お年寄りの過去を知る。 g. 長期間は続かないと割り切る。

第7法則:作用・反作用の法則

対応が強いほど、反応が強くなる。認知症の人と介護者の間に鏡を置いて、鏡に映った介護者の気持ちや状態が、認知症の人の状態である。

第8法則:認知症症状の了解可能性に関する法則

難しい症状も、認知症の人の立場で見るとわかる。

第9法則:衰弱の進行に関する法則

認知症の人の老いは早く進む。認知症になっていない人の約3倍のスピード。正常の高齢者の4年後の死亡率が28.4%であるのに、認知症高齢者の4年後の死亡率は83.2%(聖マリアンナ医大長谷川名誉教授の報告)。

介護に関する原則: 認知症の人の世界を理解し、大切にす。

認知症の人の形成している世界を理解し、大切にす。その世界と現実とのギャップを感じさせないようにす。

5. 認知症高齢者の介護の基本姿勢と対応

(1) 高齢者を受け入れ、理解する

・間違っことを言っても、むやみに訂正したり、叱ったりしない。

・繰り返し聞かれることに怒らない。

・否定すると興奮に繋がるので、話を合わせる。

(2) 高齢者のニーズやテンポに合わせる

・「行動を共にする」ことにより、患者が今何をしたいのか、どう動きたいのかという気持ちや感情に沿う形で、ケア提供者は行動をとることが大切。

・たとえば、「起きて一緒にお茶を飲もう」と誘うも、お茶を飲むのを拒否すれば、「どうしたら起きてお茶を飲みたい気持ちになってくれるのか」を視野に入れた行動をとることが大切。

(3) 自尊心を傷つけない

・人生の先輩として、相手を尊重する態度や言葉を心がける。

・高齢者の人間的な感情を無視しない。

(4) わかりやすく、具体的な話し方をする

- ・短く、はっきりと、優しく、具体的になじみのある言葉で話しかける。

(5) 安心感を与える

- ・柔軟性のある態度、温かみのある言葉づかいとやさしいスキンシップで接する。
- ・名前を呼んであげる。
- ・生活歴や生活習慣を尊重し、大きく環境を変えるようなことはしない。

a. 環境を変えない

- ・施設入所といった大きな環境の変化の適応不全から認知症症状が出てくる。
- ・認知症を進行させないためには、「環境をできるだけ変えない」ことが大切。
- ・環境を変えざるを得ない時は、できるだけ前と同じ環境に近づける。頼れる人間関係など注意が必要。

b. 生活習慣を変えない

- ・生活環境が変わらなくとも、生活習慣が変わると、それに適応しなくてはならない為に、ストレスとなる。
- ・介護の現場では、老化や障害があるからといって生活習慣を変えないようにする。

c. 個性的空間をつくる

- ・私物は優れた介護用品である。私物を増やし、ここが自分の居場所だと感じられるような個性的な空間をつくる。
- ・施設入所ならば写真や大切にしているものをベッド周りに置くなど、思い出の品や使い慣れた生活用品を持ち込む。

(6) 孤独にさせない

- ・高齢者同士の交流の場を設け、役割をみつけれられるようにする。

a. 一人一人の関係作り

- ・認知症老人にとって、同じ認知症老人が話し相手だと共感を持つことが出来る。
- ・「共感できる仲間」ということで認知症老人の表情は良くなり、落ち着く。
- ・面倒見がよく、認知症老人とうまく付き合える老人はたくさんいる。食事時間や食堂の場所など優しく教えてくれて「頼れる仲間」の存在は大きな意味がある。
- ・専門性ではなく、仲間としての相性が必要。
- ・介護スタッフが専門性にこだわるほど、認知症老人は落ち着かなくなる。
- ・介護の専門家は、豊かな母性の上に専門性が付加されている者でなくてはならない。

b. 人間関係を変えない

- ・環境が変わり、それまでの人間関係がなくなってしまうと、認知症症状が出る大きなきっかけになる。
- ・環境が変わらなくとも、担当スタッフなど人間関係を安易に変えると、それもまたきっかけになる。
- ・施設に入所したら、新しい人間関係ができて落ち着くまでは、家族がたびたび訪問することも重要。

(7) 一人一人の役割をつくる

- ・自分にちゃんと役割があり、誰かの役に立っていることを実感できると、表情がよくなり、認知症症状がなくなることがある。たとえば、

①かつてやっていたこと(女性なら育児や家事、編み物などの趣味、男性ならかつての仕事に近いことなど)

②今でもできること(カーテン開け、現在の身体・精神能力でできること)

③周りに認められること(役割や仕事を与えられるだけでなく、そのことを通して自分が世間から認められることが大切、言葉や態度で認め、褒めてあげる事)

(8) 健康管理に気を配る。 身体不調を見逃さない

- ・身体的障害は認知症を進行させる。
 - ・認知症高齢者の問題行動は、身体の不調から起きていることが少なくない。
 - ・便秘や脱水症状、発熱、持病の悪化が問題行動の引き金になる。
 - ・便意を便意と識別する代わりに違和感や切迫感として感じとり、問題行動を通して表現する。
 - ・脱水症状では発熱やせん妄状態を起し、便秘の原因ともなり、更なる問題行動につながる。
 - ・夏場の食事量が少なくなっている時は注意が必要。
- *問題行動がみられたら、それは老人の危機のサインだと考えて原因を探す。(薬剤が原因の可能性もあり!)

(9) 十人十色

・認知症の人は一律ではなく個性をもって十人十色なので、その人らしく生活ができるように援助する事が基本。

(10) チームケア

- ・認知症ケアはひとりではできない。
- ・ケア提供者は自分自身の限界を知ることが大切。
- ・一緒に働くチームメンバーの能力を知ることが必要。

(11) 家族へのケア

- ・時代と共に家族も変化していく。
- ・これまでの家族歴、関係を引きずっての葛藤を理解して、家族と付き合いしていくことが大切。

6. 上手な介護のための12か条

第1条: 知は力なり、よく知ろう!

第2条: 割り切り上手は、介護上手!

第3条: 演技を楽しもう!

第4条: 過去にこだわらないで現在を認めよう!

第5条: 気負いは負け!

第6条: 困うより開けるが勝ち!

第7条: 仲間を見つけて、心軽く!

第8条: ほっと一息、気は軽く!

第9条: 借りる手は、多いほど楽!

第10条: ペースは合わせるもの!

第11条: 相手の立場で、ものを考えよう!

第12条: 自分の健康管理にも気をつけて!

7. タクティールケア

・タクティールケアとは、ラテン語の「タクティリス(Tactilis)」に由来する言葉で、「触れる」という意味がある。その意味が示すように、手を使って10分間程度、相手の背中や手足を「押す」のではなく、やわらかく包み込むように触れるのがタクティールケアである。このケアは心地よさや安心感、痛みの軽減をもたらしてくれる。その根拠と考えられているのが、オキシトシンホルモンの分泌と痛みをやわらげるゲートコントロールである。タクティールケアで肌に触れるとき、皮膚にある触覚が刺激され、脳の視床下部から血液中にオキシトシンが分泌される。そのオキシトシンが体内に広がることによって、不安やストレスが和らげられる。認知症の方へタクティールケアを継続的に行うと、自分自身の身体の認識や自己意識の向上、身体的・精神的な症状を和らげることがあると言われている。

【各論】

1. もの忘れ(記憶障害)

(1) 軽症

すべての認知症患者に多かれ少なかれ出現する。おおむね新しい出来事から忘れ、古い記憶は長く残る。初期には本人にももの忘れの自覚がある。本人も「何だかおかしいな」ということに気づいている。自分の中でおかしなことが起こっていることに対する不安でいっぱいだが、同時にそれを認めたくない気持ちもあり、周囲からの指摘や叱責には過剰に反応しがちである。

アルツハイマー型認知症:ごく初期からもの忘れの症状がでる。体験全部を忘れてしまうこともよくあり、周りの人と言い争いになりやすい。周りの人が参ってしまうほど、繰り返し同じ質問をするのも特徴。

レビー小体型認知症:もの忘れは軽いことが多く、初期にはほとんど目立たない。

(対処法)

①面倒がらない。叱らない。無理に訓練しようとしなない。

「さっき言ったでしょ」「さっき食べました」は通用しない。出来ない体験がたくさん積み重なると、本人は自信を失い、辛い思いばかりが後に残るため、本人の望まない訓練は勧めない。

②丁寧に対応して強い信頼関係を作ることに努める。

③顔をみてにこやかに対応する。

④メモを利用し、もの忘れを補う。大事なことは紙に書いて決まった場所に貼る。大判のノートに書いて目につきやすい所に置いておくように決める。

⑤規則正しい生活パターンを初期のうちから作っておくと、混乱することが減り、もの忘れがあっても生活の支障になりにくい。

⑥物の置き場所を決めて、「眼鏡は電話の横」のように書いて、目につきやすい所に貼っておく。

⑦何度も同じ事を言う場合は、なにか別の事に気持ちを向けてもらう工夫をする。

⑧もし家事になったら、という重大性にピンときていない様子もアルツハイマー型認知症には目立つため、IH(電磁)など火を使わないものや、センサーで自動消火するものを勧める。

(2) 中等症

アルツハイマー型認知症:初期から現れていたもの忘れの症状がより強くなる。新しいことは次から次へと忘れていき、初期に役に立ったメモもどこへやったのか忘れてしまうので、利用が難しくなる。記憶が保てないため、だんだんと行動にとりとめがなくなり、自立した生活を営むことができなくなる。

レビー小体型認知症:もの忘れの程度は様々で、症状が軽いと前日のことでもしっかり覚えていることもある。記憶が良い時と悪い時の差が大きいという特徴があり(変動)、この変動を繰り返しながら徐々に悪化していく。

(対処法)

①活動意欲がなくなりがちで、放っておくと何もしなくなってしまうので、規則正しい生活パターンを作り、時間割に合わせた生活を送ると安心する。

②「叱られた」「馬鹿にされた」「脅された」などの悪い記憶は、感情として残る。介護する人との人間関係が壊れると後々まで対応が難しくなってしまうため、できるだけ穏やかに、にこやかに言葉かけを行い、良い気分を残してあげる。

③患者が忘れて間違ったことを言った特、早口でまくし立てるように言うと怖い顔に見えているかもしれない。どうしても訂正が必要な時だけ、にこやかに、穏やかな口調で簡潔に説明する。

④中期以降のアルツハイマー型認知症はおいしい物を食べても楽しい事をして、長く覚えておくことが出来なくなる。旅行に行っても、1日経つと言ったこと自体も忘れてしまう。まさに「今この瞬間を生きている」といった状態である。きちんとした記憶は残らなくても、楽しかったという幸福感は残る。介護者は覚えてもらえることはあまり期待せず、その時その時を気持ちよく過ごしてもらえるように考えを切り替える。

⑤「今食べたでしょう」と言っても、本人には食事の記憶はない。「今準備をしますから、お茶でも飲んで待っていてください」と気をそらすことが有効である。食事の後方づけをしばらくせず、そのまま皆で団らんすると食事の記憶がとどまりやすい。

(3)重症

自発性の低下、意欲の低下などが進行してくるため、物事への関心が薄くなり、同じ事を何度も尋ねることも少なくなる。

その結果、記憶障害が目立たなくなる傾向がある。

アルツハイマー型認知症:記憶はさらに不確かになり、もはや昔のこともあまり話さなくなる。

レビー小体型認知症:これまで記憶障害が目立たなかった患者も、明らかな記憶の障害が見られるようになる。

(対処法)

①本人からの訴えが少なくなるので、周囲が必要を察し介護することが大切になる。

②「きもちいい」「おいしい」はいつまでも残る感情である。

③話すことがなければ、手を握ってあげるのも良い。

④ニコニコすることを1番に心がける。

2. 見当識障害

「今がいつか(時間)」「ここがどこか(場所)」がわからなくなる状態。環境が変わった時にとりわけ強く現れる。

アルツハイマー型認知症:「もの忘れ」に続いて「見当識障害」も起こしやすい。

レビー小体型認知症:「もの忘れ」よりもむしろ「見当識障害」が目立つことがある。

どちらの病気も、今を、自分が若かった頃と勘違いして、周囲の人や状況をその頃に合わせて解釈しようとする。

たいていは自分が1番輝いていた時代、会社でバリバリ仕事をしていた頃や、子育てに追われていた頃に戻ることが多い。昔のことを今のように話すため「昔の思い出の中に生きている」ように思える。朝・昼・晩の区別がつかなくなると、夜中に買い物に出かけようとする。季節感も乏しく、季節にあった服装が選べなくなる。「ここは自分の家ではない」と言い、昔住んでいた家や実家に帰ろうとする。よく行く買い物先で迷子になったり、トイレの前に立っても、ドアがわからなくなり、失禁してしまう場合もある。

(対処法)

(1)時間の見当識

①なじみのカレンダーをなじみの場所に貼って、毎朝一緒に○をつけ「今日は○月○日○曜日」と確認する。

(レビー小体型認知症は見えていても、見ているものを正しく把握しにくい為、一緒にカレンダーの日付を読む)

②日頃の会話の中に、季節や日付を感じさせる内容を意識して盛り込ませる。

③時計を新しくする機会があれば、日付・曜日・午前・午後の入ったデジタルのものを選ぶ。

④窓を開けて日光を取り込み、明るさからも昼夜の区別がつくようにする。

⑤若いころに戻っている患者に現実の年齢を告げる事はあまり意味がない。あえて否定せず、相づちを打ちながら本人の話真剣に聞く。

(2)場所の見当識

①「ここは自分の家ではない」と思っている場合に「あなたの家です」と説得するのは難しい。「とにかくここは(自分の家ではないかもしれないが)居ても安心できるところだ」と思ってもらうことが先決である。

②転居や改築、施設への入所など住む環境が変わる場合は、本人の思い出の品や使い慣れている家具などをもっていく。

③病気や怪我などによる入院も、混乱を引き起こす原因になる。出来るだけ家族が面会に行き、本人が不安にならないように気を配ってあげる。

(3)人の見当識

①アルツハイマー型認知症:時間や場所の見当識と比較すると、人に対する見当識は長く保たれる。それでも、かなり進行すると家族の見分けがつかなくなる。鏡に映る自分の姿を自分だと分からなくなることもある。しかし、知人程度なら、分からなくても上手に取り繕い、不自然さを感じさせない。これはアルツハイマー型認知症の素晴らしい能力である。

②レビー小体型認知症:比較的早期から家族を見てもわからなかったり、子供が1人しかいないのに「もう一人息子がいる」などと言って周囲を驚かすことがある。その場合、すぐに否定したり説得しようとする混乱して怒りだしたり、パニックを起こすこともある。まずは本人の訴えをよく聞き、不安があればその軽減を図る。

③本人が「馬鹿にされている」「軽く扱われている」と思わなければ、家族のことを分からなくなっても、お互いの信頼関係を保ち続けることはできる。

3. 判断能力の障害(実行機能障害)

料理をする際、調味料をどれくらい入れたら良いかや、どんな食材を使うかなどの判断が出来なくなる。症状が進行すれば、手順がわからなくなって料理すること自体が出来なくなる。掃除をする際、捨てる物がわからない、片付け方が分からなくなるため、部屋が散らかりゴミだらけになる事も。臭いにも鈍感になる為、ゴミが増えても気にならない。また服がちぐはぐになったり、季節に合わない服を着たりする事もある。

(対処法)

- ①本人が出来るとは介護者がついて一緒にやってみる。
- ②料理が下手になっても指示をもらおうと出来る場合があるので、料理や掃除なども出来ることは本人にしてもらう。

4. 失語・失認・失行

失語：言語野である脳が障害され「聞く・話す・読む・書く」といった音声・文字などの言語情報に関わる機能が失われた状態。

失認：体の器官(目・耳・鼻・舌・皮膚等)に問題がないのに「五感(視覚・聴覚・触覚・嗅覚・味覚)」による認知力を正常に働かせ、状況を正しく把握することが難しい状態。但し、五感全てが正常でないのではなく、一部分が侵される事が多い。

失行：体は動いて運動することが出来るのにもかかわらず、目的とする行動の方法が分からなくなる状態。

(対処法)

- ①(失語)長い言葉・文章を避け、簡単な言葉でゆっくり話しかる(ジェスチャー等を入れると尚良い)
1度で理解できないこともあるので、その場合は繰り返したり少し表現を変えたりという工夫も必要。
- ②(失認)周囲の人が支援すれば対象を正しく認識することができる。
- ③(失行)工程の数を減らしたり、使い慣れた道具を使用する。難しい作業の場合は目印等を付けて本人に分かりやすくするといった工夫も必要。

5. 認知機能の変動

レビー小体型認知症:状態の良い時と悪い時の差が非常に大きい。変動は1日のうちでも起こることがあり、他の認知症と同様、夕方から夜にかけて悪くなることが多い。また、週単位、月単位で変動することもある。自分の今いる場所や現在の時間などをはっきりわかっている時もあれば、全くわからない時もある。奥さんに話かけられてもどういう間柄の人なのかわからず、そっけない態度をとることもある。後期になっても認知の変動はみられるが、この頃には認知機能も落ちて、ぼんやりしている時間が増える。しかし、時には思いがけないしっかりした態度や、介護する人への優しい声かけを示してくれることもある。

(対処法)

- ①初期には出来るだけ外出して活動の幅を広げる。1日の中でも症状に変化があるので、できれば誰かが付き添って、急な状態の変化にも対応していく。
- ②レビー小体型認知症は、その症状があまり知られていないこともあり、周囲の理解を得られない面が多々ある。良い時と悪い時の差があるため、良い時しか知らない人には「しっかりしても忘れもないし、どこが悪いの？」と思われることも多くある。周りの人には、レビー小体型認知症の特徴として、認知機能の変動が生じていることを説明して理解してもらう。
- ③レビー小体型認知症の症状の良い時と悪い時の差が大きければ、介護する方の負担も大きくなる。調子が悪くなくても慌てなくてすむよう、危険物はしまっておく。転倒しても大きな怪我をしないように室内を整理する。
- ④1日のうちで調子の良い時間帯、悪い時間帯はだいたい定まっていることが多い。一般的に夕暮れ時はレビー小体型認知症の状態も悪くなりがちである。夕食の準備は昼ごろに済ませ夕暮れ時は本人とゆっくりテレビをみたり音楽を聴いたりするなど、生活のパターンを組み直すと、夕暮れ時を上手く乗り切れる場合もある。

(行動症状)

6. 攻撃的、興奮、暴力

以下の場合に、興奮、攻撃的になりやすい。

- ・欲求不満のとき ・望んでいる事を断られたとき ・自分の置かれている状況を正しく認知できないとき
- ・物を取られたと思うとき ・食事をくれないと被害的になるとき ・感情的に何らかの刺激を受けたとき
- ・体調が悪いとき ・なんとなく不快感があるとき ・自分の行動を注意されたとき

(対処法)

- ①大声で静止したり叱ったりしない
- ②誤解や曲解していることがないか考える
- ③これまでに同じ事がある場合どんな状況であったかを考える
- ④静かに接し相手の目を見ながら優しく話しかける
- ⑤注意を他にそらし、自然に興奮・怒りがおさまるように努める
- ⑥施設などで同室の人と相性が悪い場合には部屋を変える
- ⑦環境を変えることをも考える
- ⑧慌てずに、落ち着いた対応が求められる。話題や状況を変えるなどしてみる。
- ⑨興奮状態が続くようであれば、医師に相談する。

7. 徘徊

目的が無く家から離れて遠くへ行こうとする場合と廊下や家の周りをいつまでも歩き回る場合がある。帰り道が分からなくなる。

(対処法)

- ①直接止めると逆効果
- ②よく話を聞き切迫した気持ちに共感する
- ③外出しないで済む用事に関心を向ける。
- ④徘徊に付き合う。一緒に散歩する
- ⑤行動を制止するのではなく一緒にひと回りして中に入ると落ち着くこともある。
- ⑥偶然会ったふりをして帰宅を促す。
- ⑦優しく声をかける。
- ⑧他の人にも連絡先が分かるように服につけておく。
- ⑨安全の為の対策(センサー・靴着用・帽子着用)
- ⑩GPS をポケットに入れておく。

8. 不食・拒食

脱水、感冒、気管支炎、肺炎、膀胱炎、便秘、腸閉塞などの病気を併発したりしていなければ、被害妄想のための拒食もある。

(対処法)

- ①患者の訴えをよく聞き受容して味方であるという信頼感を抱かせる。

9. 過食、異食

抑止力がないためにガツガツ食べてしまう。また、記憶障害により食べた事を忘れてしまう事でおこる。

(対処法)

- ①1回の食事量を少なくして1日の食事回数を多くする。
- ②軽い軽食を取らせてから納得させる。
- ③「今ご飯の準備をしているから」などと声かけする
- ④「ご飯ができるまで散歩でもしましょう」などと気を紛らわせて対応する
- ⑤「今食べたでしょう」と言っても、本人には食事の記憶はない。「今準備をしていますから、お茶でも飲んで待っていてください」と気をそらすことが有効である。

⑥食事の後方づけをしばらくせず、そのまま皆で団らんすると食事の記憶がとどまりやすい。

10. 失禁や不潔行為

泌尿器科への受診も考慮する。

(1) 失禁

認知症が進むにつれ、トイレの場所がわからなくなったり、尿意を感じなくなりおもらしが頻繁になる。

(対処法)

- ①トイレの場所がわからない場合は、ドアに「トイレ」と書いた紙や目印を貼る。
- ②時間を決めてトイレに誘ったり、部屋にポータブルトイレを置く。
- ③場合によってはオムツも考える。
- ④心因性であれば、尿意があれば排尿の誘導をする、ない場合は排尿パターンを把握して時間誘導を行う、
- ⑤夜間失禁する場合は夜間起こしてトイレ誘導を行う。

(2) 不潔行動

不潔なものを食べる。便器以外の場所で排泄したり、自分の便をもてあそぶ。物の分別、失禁の後始末がわからないためにこのような行為をする。

(対処法)

- ①常に身の周りを清潔に保ち、本人の排泄パターンを知っておく。
- ②本人が排泄物に直接手を触れないような衣服の工夫も必要。

11. 拒否

食事や入浴など介護に対して拒否を示す。

(対処法)

その場は無理強いをするのではなく、本人の要求に耳を傾ける。可能であれば、その通りにしてあげる。本人が落ち着いたところで再び声かけを試みる。

(1) 食事の拒否

原因を考える ・食事時間をずらす ・好きな食べ物を出す
硬さ形大きさに気を付ける ・お皿の位置を変える

(2) 入浴の拒否

気分の良い時をみはからって誘う ・洗面器と固形石鹸と手ぬぐいを渡す
断られたらあっさりとしきさがりしばらくして誘う

入浴することが理解できない場合は何も告げずに誘導する

初めは足浴から行う ・幻視が出る場合は消えるのを待つ

「お風呂は気持ちいいですよ」と気持ちいいことを伝える

服を脱いだりするのが面倒であるだけの時もあり、背中に出来物が出来てないか見せてなど会話して、背中をチェックするようにすると脱いでもらえる場合がある

(3) 内服の拒否

納得しやすい説明 ・薬の形を変えてもらう ・ゼリーに混ぜこむ ・一日一回にまとめられないか医師へ確認

(心理症状)

12. 意欲低下

(1) 軽症

認知症はかなり初期から意欲、自発性がなくなったようにみえることがある。社交的だった人が家に閉じこもりがちになったり、おしゃれだった人が身なりに気を遣わなくなる。どの認知症の人も、周囲の状況を理解して失敗しないように行動するため、多大なエネルギーを使う。その結果非常に疲れやすく、またとても「楽しめる」気分にはなれない。

レビー小体型認知症は、パーキンソン症状のせいで、身体が思うように動かせない以外に、幻覚などがあり、不安に襲われることも加わり、あまり動かたくなくなると思われる。

(対処法)

やみくもに活気づけようとしても解決にはならない。しかし、日中の活動が低下すると、不眠や昼夜逆転の原因になったり、認知機能が一層低下したり、運動機能が衰えて寝たきりになる危険がある。身体的に異常がないことを確認したうえで、活動性を高めるように働きかける。

- ①本人が無理をしなくても、楽しめたり、役割を果たせたりすることに誘う。これまでにしたことがないことを新たに覚えるのは難しいため、依然から親しんでいることで、周りのちょっとした促しや手助けがあれば続けられるものはないか探してみる。
- ②はじめから欲張らず、本人のペースに合わせて、無理のないものから徐々に活動を増やしていく。「少しずつ1日に何回も…」というやり方が有効である。
- ③認知症の人は、変化に対応する能力が低下するため、本人の生活をパターン化してあげる。規則正しい生活をするための日課表を作る。
- ④1度の誘いでは上手いかなくても、繰り返し誘い続けることは大切である。また誘うだけでなく、一緒に行動することも必要である。「おいしいお菓子があります」「お茶を入れました」など、食べ物をきっかけに働きかけるのもよい。
- ⑤誘う人を替えてみると案外すんなり受け入れてもらえることもある
- ⑥介護保険のサービスを利用してデイケアなどでレクリエーション療法などに参加することは有効である。規則正しく外出して人と交わることは良いほうに作用する。施設のスタッフは認知症のことをよく知っている専門家のため、家族によるケアとは違った立場から本人を支えてくれる。

(2) 中等症以上

徘徊や暴力のように目立たないが、進行期の認知症で1番心配なのが、生きるエネルギーがだんだん失われていくようにみえることである。

アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症では病気の進行に伴い少しずつ個性を薄らせ、平坦な性格に変わっていく。意欲低下が起ころ始めると、介護の仕方も、徘徊などの動きをなだめたり、昼夜逆転して起きだす人を寝かせたりといった、エネルギーを収める方向の介護から、食べようとしていない人に食べてもらおうといった、エネルギーを引き出す方向の介護に変えていくことが大切である。

(対処法)

- ①洗面・歯磨き・食事・排泄・入浴・日帰り介護サービスへの参加など日課として行っていた生活習慣を、出来るだけ崩さないように努める。自分で出来ることは、見守りながらも出来るだけやってもらい、その都度「すっかりしましたね」などと声をかけ気持ちよさを再確認してもらう。
- ②男性の髭剃りや整髪、女性のお化粧品など、自分で出来ないようなら手伝い、できるだけ毎日整える。特に女性の化粧品は口紅をさすだけでも喜ばれる。また、服装もきれいに整えてあげると、介護サービスのスタッフなどから「今日は明るい色のセーターで、お似合いですよ」などと声をかけてもらいやすくなる。
- ③断られても「お茶を入れましたから」とか「一緒に買い物に出ませんか」というように何度も誘いましょう。前に誘われたことを忘れて、あっさり応じてくれたり、渋られていても、人を替えて誘うと承知されることもある。
- ④DVDなどを利用して、若い頃よく見たテレビ番組を見てもらうことも、会話を引き出す手がかりになる。
- ⑤あまり動きたがらないのが、体調不良や怪我のせいではないことを確かめたうえで、出来るだけベッドから起き出してもらい、歩けるようなら少しでも散歩に行き、無理なら車椅子でも外出する。
- ⑥アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症中期になると、それまで続けてきた趣味をやめてしまいがちである。どこが難しくやめてしまうのか、つまづきのポイントを探し、上手く介助しながら継続するか、似たようなもので代用するようにする。

13. 睡眠障害

高齢者の睡眠は、寝つきが悪く、眠りが浅くなって目覚めやすいのが特徴である。認知症になると、それに加えて周囲の環境変化に弱くなるので、それまでの生活と条件が変わると不眠の原因となる。昼夜の区別がつかなくなったり、昼寝の時間が多くなると、昼夜逆転して夜眠らず動きまわり、周囲の人が困惑する。夜間せん妄も睡眠を妨げる。

レビー小体型認知症の人の多くはごく初期から睡眠の問題を抱えている。健康な人は、夢を見ている時に脳は起

きているが、身体の筋肉からは力が抜けているため、夢の中で走り回っても実際の身体は動かない。しかし、レビー小体型認知症の人は、夢と一緒に身体を動かすことがあり、これをレム睡眠行動障害という。たとえば、戦争で戦っている夢を見ている時は、起き上がり銃を持って戦っているような行動をとる。しかし、本人は実際に身体が動いているという自覚はない。起こされるとすぐに「戦っている」行動が止まる点が「せん妄」とは異なる。この、レム睡眠行動障害はレビー小体型認知症の人では認知症の症状が明らかになる前から出現しやすい。睡眠がとぎれとぎれで、夜中に何度も目を覚ましごそごそ動いたり、「排尿の障害」から、何度もトイレに行く人もいる。幻視などの幻覚の出るのが夜中に多いのも、本人の睡眠を妨げる。逆に昼間の居眠りが目立つこともこの病気の特徴である。日中ぼーとしたり、うつらうつらしていることがよくある。

(対処法)

- ①生活のリズムをつけるように、昼間は散歩に出かけたり、自分のできる仕事をしてもらったりするなど、活発に動いてもらう。デイサービス・デイケアなど日帰りのサービスを利用し、レクリエーションやアクティビティで身体や頭を使うとよい。自宅では日中、なるべく横にならないようにしてもらう。
- ②昼夜逆転の予防には午前中の日光浴が効果的である。出来るだけ暮らしの中に太陽の光を取り込む。
- ③寝室の温度・明るさ(明るいと言えない人、暗いと恐怖感の出る人もいる)、寝具や寝間着を調整し快適な就寝環境を整える。
- ④寝つきが悪い時は、ホットミルクなど温かい飲み物を勧めたり、おにぎりなどで空腹を解消してもらうと穏やかに眠れる。足浴やマッサージも効果がある。
- ⑤寝付くまで安心感を与えるため、誰かがそばにいたり、添い寝をするのもよい方法である。また、「明日はカラオケで歌いましょう」とか、本人が楽しみにできることを話す。明日までは覚えておられないことが多いが、楽しい気分は残るので、満足して入眠できる。
- ⑥睡眠パターンには個人差があるため、その人のパターンを観察する。全く眠らないのか、浅い睡眠を繰り返すのか、深く眠る時間帯はあるのか(一晩中騒いでも空が白み始める頃熟睡するケースはよくある)。また、夜中なのに昼間だと思ひこんでいないかも確認してみる。
- ⑦夢を見ながら、暴れたり立ち上がったたりする場合は、声をかけたり身体をゆすり起こしてあげる。覚醒した途端に、これらの行動がなくなり正気に戻った場合はレム睡眠行動障害が疑われる。薬による治療で改善する可能性があるため医師に相談する。

14. 妄想

事実でないことを本気で信じ込むことがあり、これを妄想という。妄想は被害的なものが多い。「物盗られ妄想」は金品などを盗まれたという思い込みで、しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や眼鏡などの身の回りのもを人に盗まれたかと思ってしまう。「嫉妬妄想」といい夫や妻が浮気をしている、と信じ込む妄想もある。「誰かが家にいる」というものや「ここは自分の家ではない」という妄想もある。病気になる前は、とてもしっかりしていて周囲から頼りにされていた人が、しばしばこのような妄想を抱く。また、この妄想の対象となるのはたいてい本人を身近でお世話している人である。徐々に自分が衰えてきたことの自覚から生じる不安や焦りが、金銭への執着や見捨てられるかもしれないとの恐怖に発展するのだと思われる。これに加えて、介護する人への感謝や負い目、上下関係の逆転といった変化が複雑に絡んで出現する症状といえる。

(対処法)

- ①「違います」と否定しても逆に「自分の言うことを信じてもらえない」と不安や怒りでかたくなになり、妄想が強くなることもある。「そうですか、困りましたねえ」など相槌を打ちながら訴えを聞き、否定もせず、肯定もしない態度で接する。
- ②「まだまだ家族はあなたのことを頼りにしているし、大切に思っていますよ」というメッセージをいろいろな形で送り続ける。お味噌汁の味付けをもらう、仏壇のまつり方・法事のとり行い方を尋ねる、など本人が得意としていたことに力を発揮してもらい、その人なりの役割を果たしているという自信を日頃からもってもらいと、良い方向に作用する。
- ③周りの人には、認知症の症状として妄想が生じることを説明して理解してもらう。妄想の対象となってしまった人は辛いですが、周囲に認知症を知ってもらい良い機会が出来たとプラスに解釈して、介護の味方を増やす。
- ④介護者が妄想の対象となり、本人が激しく混乱したり、介護する人に極度に負担がかかっている場合は、介護

を別の人に代わってもらったり、施設や病院の入所・入院などを利用し、一時環境を変えてみることも有効な手段である。ケアマネージャーやかかりつけ医、専門医とよく相談して、本人と介護する家族双方にとって良い選択を行う。

⑤物盗られ妄想などは、一緒に探してあげるとよい。たとえ、先に見つけても必ず本人に見つけさせるようにして対応し、見つかった後は気を紛らわすなどして気持ちを他に移す。

15. 幻覚(幻視)と錯覚(錯視)

幻覚とは、実際にはないものを見たり聞いたり感じたりする症状である。環境が変わった時、意識レベルが低下した時、せん妄状態の時に幻覚がみられやすい。なかでも実際に存在しないものが見える幻視はレビー小体型認知症の人には初期の頃からよく見られる症状である。見えるものは、子供、人、動物などが多く、動きや色を伴っていたり、いなかたりする。死んだはずの配偶者や親せきが見える場合もある。周囲の人からすると、誰もいない空間に向かって話かけているように見えたり、誰もいないところにお茶を出そうとしているように見える。錯視とは、ものを見違えることである。壁紙の模様を見て虫が這っていると思ったり、壁のしみが人の顔に見えたり、ベッドカバーのしわがヘビに見えたりする。レビー小体型認知症の人は錯視もよく体験する。

(対処法)

①訴えを受け止め、頭から否定しないようにする

②不安に陥らないように安心感をもってもらう

③興奮して暴れると、転倒したり自分や周りを傷つける恐れがあるため、本人の話を受ける形で対応して、まず興奮をなだめることが必要である。「虫がたくさんいる」と訴えたら「今、薬をまいたのですぐになくなりますよ」と答えたり、実際に消臭スプレーなどの無害なものをまいてみたりする。本人が嫌がっているものが見えるようなら、追い払ったり片づけたりする振りをしてみる。本人が恐怖を感じる幻覚は周囲も協力して「始末」する。たとえば、「不審な人物」「影」に対しては懐中電灯で照らす、また本人の信じる「ありがたいおふだ」をかざすなど

④幻の存在を信じこんでいる人もいるが、「そんなはずがない」と少し醒めている人もいる。ただ、幻自体は実在することを信じずにはいられないほど、ありありと見えている。本人はその幻が自分に危害を加えるかもしれない、ということをおそれているので、まずは危険のないことを伝えて、安心させてあげる。軽症の人に対しては、状態の良い時に「脳の中には『みること』を担当する場所があり、そこの調子が悪くなっているので幻が見えるのです。現実のものではありませんから危険はありませんよ」と説明する。特に、医師から説明してもらうと効果的である。1度で納得してもらえなくても、レビー小体型認知症の人のもの忘れは軽いので、診察の度に繰り返し説明してもらううちに、理解してもらえる。いったん理解すれば自分に言い聞かせて、怖がらず過ごせるようになる人もいる。

⑤幻視は暗い所で見える場合が多いので、照明を工夫し、部屋を明るくしてみる。

⑥幻はふすまの影、家具の影から現れることが多い。部屋を見通しよく片づけることは、幻視の対策としても、目で見て判断する能力の衰えの対策として有効である。

⑦錯覚を誘発しているもの(壁のしみや雑音、機械音など)があれば取り除く

⑧お茶をすすめる、散歩に連れ出すなどを試みて、気分転換をはかる

⑨穏やかな幻覚ならよいが、恐怖のあまり暴れたり家から飛び出したりして、自身や周囲を傷つける場合がある。

⑩刃物など危険なものはそばに置かない

⑪興奮のあまり転倒しないように、なるべく座ってもらう。立ち上がった時は目を離さない

⑫日頃から滑りやすい床や、カーペットの端のめくれなど直しておく

⑬幻覚は薬物治療によって改善することがあるので、専門医に相談する。

16. せん妄

軽度の意識障害に、認知・注意力・気分障害を伴った状態。急性発症、可逆性を特徴とする。

せん妄のリスクファクター:(改善できるものは改善する)

- ・高齢者 ・環境因子:ストレス、環境変化、疼痛、発熱、
- ・薬剤:ベンゾジアゼピン系、H2 ブロッカー、抗ヒスタミン薬、ステロイド、オピオイド、三環系抗うつ薬など、
- ・電解質/代謝:低酸素血症、高二酸化炭素血症、電解質異常、尿毒症、肝不全、血糖異常、甲状腺異常、副腎機能異常、

・中枢神経:脳卒中、けいれん、認知症、 ・その他:敗血症、心不全
せん妄の予防:

- ・日中の明かりの確保に努める ・日中の離床を促す ・カレンダー・時計などを置き、日時を明確にする
- ・日付、時刻、入院治療を受けている理由を繰り返し説明する、 ・景色が見えるように工夫する、
- ・眼鏡、補聴器を使用する、 ・カテーテルの整理をする、 ・家族が付き添う、 ・家族の写真を配置する、
- ・部屋を頻繁に変えない、 ・夜間の静寂、適度な明るさを提供する、
- ・夜間に目覚めた時に周囲の状況を鑑別出来る程度の明るさにする、

(対処法)

- ①挨拶と自己紹介を行い目の前の人間が敵ではない事を示す(笑顔で)
- ②いきなり接近せず声をかけてこちらに注意が向いてから接近する
- ③視線を同じ高さにする(上から見下ろさない)
- ④優しくねぎらいの声をかける(大変でしたねーなど)
- ⑤今現在の苦痛をできる範囲で緩和する
- ⑥理由を聞き、相手が冷静に判断できる情報を提供する
- ⑦無理に抑制しない
- ⑧周りが慌てない
- ⑨本人の話をよく聞く

17. うつ症状

日常的なものの忘れなどから自信を失い抑うつ的な事も多い。

(対処法)

- ①この時に励ましたり叱咤すると余計に塞ぎこむので、孤立させないように家族のなかに入れてたり、なじみの仲間の中に入れて話しかけたりする。
- ②本人のできる範囲の手伝いなどを依頼して役割をもたせ、やり終えた後は感謝を伝える。

【参考文献】

認知症 BPSD～新しい理解と対応の考え方～ 監修 本間 昭 木之下徹 日本医事新報社 2010 年

認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第2版 山口 晴保 協同医書出版社 2013 年

認知症ネット <https://info.ninchisho.net/>

認知症ケアの基本マニュアル <http://heisei-ie.net/publics/download>

認知症ケアマニュアル 特定非営利活動法人ふくし@JMI <http://www.npojmi.com/>

ケアスタッフのためのアルツハイマー病ケアの要点 Eisai ・達人ケアマネ 2015 年 8・9 月号 日総研

地域包括ケア・医療連携委員会
認知症ケアマニュアル作成部会編