

ひもときテキスト

改訂版

認知症の人から

認知症の人へ

はじめに

「認知症の人のケアは難しい」といいます。

その理由を尋ねると、「どうして欲しいのかわからないし、こちらで考えたことが、本当に本人が望んでいることなのかわからない」といった理由があげられることが少なくありません。たとえば、「家の中にばかりいると、ますますもの忘れが進んでしまいます。外に出て人と話をしたりする時間をつくりましょう」と、デイサービスの利用を勧めても、「私はそんなところには行きたくありません」と頑なに断られてしまうと、デイサービスの利用を勧めることが本当に本人にとって良いことかどうか、自信がなくなることがあるのではないのでしょうか。また、特別養護老人ホームの入り口で、「これから家に帰ります。迎えを待っています」と、頑としてそこから一步も動こうとしない方に対し、どのような声掛けをすればよいのか戸惑うこともあるでしょう。

ここにあげた状況だけで、どのようにすればよいのかを示すことはできませんが、ややもすると、「共感的に理解しなければ」という気持ちのみが先行してしまうかもしれません。もちろん、共感的な理解がなければ、意思疎通を多少とも図ることはできません。

しかし、ケアの専門職であれば、声を掛ける前に考えなければならないこと、知っておくべきことがあるはずです。少なくとも、「本人がどのような生活をしてきたのか」「認知症の原因は何か」「その重症度はどの程度なのか」「どのような中核症状があるのか」「どんな薬を飲んでいるのか」「どのようなケアをふだん受けているのか」「介護者との関係性はどうか」「目や耳は遠くないのか」「どのような環境で生活しているのか」などを考える必要があります。

これらの情報は記録として残されている場合が普通とはいえ、ケアに携わる関係者間で共有されていないことも少なくありません。認知症の人のケアを考えるときには、まずこれらの情報が関係者間で等しく認識されることが不可欠であり、そのための視点を本テキストで示しました。

ここで示されている「ひもときシート」は、情報を整理するための視点であり、従来から用いられているアセスメント・ツールではありません。あくまで情報を体系的に共有するための手だてのひとつであり、アセスメントを容易にできるのです。

ぜひ、この「ひもときシート」を認知症ケアに活用していただきたいと思います。

平成 23 年 2 月

認知症介護研究・研修東京センター センター長
本 間 昭

このテキストは、認知症ケア高度化推進事業として認知症ケアの向上を事業目的に、事例収集・分析、海外調査、個別訪問相談援助事業等を実施し、「ひもときねっと※」等により情報発信を行っている認知症介護研究・研修東京センターが、認知症介護に携わるより多くの人に対し、認知症の人ご本人が求めるケアを「ひもとき」ことができる一助となることを目的として作成しました。

※「ひもときねっと」 <http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>

テキストの内容

- **認知症ケア高度化推進事業の紹介**
認知症介護研究・研修東京センターが実施する事業を紹介しています。
- **ひもときシートとは**
認知症の人ご本人にとっての問題を解決に導くために、ひもときシートを作成した経緯とその意義を解説しています。
- **ひもときシートの解説**
ひもときシートの構造やガイドラインについて解説しています。
- **ひもときシートの活用**
ひもときシートの活用方法について、ポイントを紹介するとともに、活用例やグループ討議・演習の進め方などを紹介しています。
- **認知症の理解**
認知症の基本的な理解と症状別・疾患別認知症の特徴、ケアのポイントについて解説しています。

<資料編>

- 資料1. ひもときねっとの紹介
- 資料2. ひもときシート ①事例概要シート
②ひもときシート
- 資料3. ひもときシート活用編（暫定版）
- 資料4. 絵で学ぶひもときシートの使い方
- 資料5. ひもときカレンダー
ふだんの生活で感じられることが多い心配や悩みについて、どのようにすればよいのかのヒントを紹介し、ご本人とご家族が一緒になって考えることができるような、「ひもときカレンダー」を紹介しています。
- 資料6. ひもとき手帳（抜粋）
- 資料7. 認知症とは
- 資料8. 海外の認知症ケアに関する調査概要
各国の理念に基づいて体系化されつつある認知症関連研究およびケアの実践等を、文献・関連資料・ヒアリング等の調査を通じて集約し、最新の取り組みや海外認知症ケアの動向について紹介しています。

はじめに

テキストのねらいと使い方

「認知症ケア」の窓を開ける鍵を手にいれよう

Ⅰ 事業紹介	1
1. 背景とねらい	3
2. 認知症ケア高度化推進事業体制図	4
3. 事業内容	5
(1) ひもときシートの開発	5
(2) 個別訪問相談援助事業	5
(3) 個別ケアの事例研究	6
(4) 海外の認知症ケアに関する調査	6
Ⅱ ひもときシートとは	7
1. ひもときシートの基本的な考え方	9
2. ひもときシートと従来からのアセスメントシートとの違いは何か	12
3. ひもときシート Q & A	13
Ⅲ ひもときシートの解説	15
1. ひもときシートの構造	17
2. ひもときシートガイドライン	18
3. ひもときシート記入例	27
Ⅳ ひもときシートの活用	33
1. 活用のポイント	35
2. ひもときシートの活用例	45
(1) チームトレーニングで使う	45
(2) セルフトレーニングで使う	45
(3) スーパービジョンで使う	45
(4) 認知症介護実践（実践者・実践リーダー）研修等で使う	45

3. グループ討議・演習の基本的な進め方	46
(1) グループの大きさ	46
(2) ファシリテーター (Facilitator とは)	46
(3) ファシリテーターの役割	46

Ⅴ 認知症の理解 49

1. 認知症を理解する	51
(1) 認知症ケアの歴史とこれからのケア	51
(2) 認知症の人の心理	52
(3) 認知症の原因疾患と行動・心理症状 (B P S D)	53
(4) 行動・心理症状 (B P S D) の理解と対応	54
2. 中核症状とは	55
3. 疾患別認知症の特徴とケアのポイント	58
(1) アルツハイマー型認知症	58
(2) 血管性認知症	59
(3) レビー小体型認知症	60
(4) 前頭側頭型認知症	60
4. 認知症ケアにおける薬の理解	64
(1) 高齢者にみられやすい薬剤の副作用	64
(2) 介護者が留意すべきこと	65
5. 認知症に伴う行動及び心理症状	67
(1) 「殴りかかるナツオさん」暴力行為の理解	67
(2) 役に立ちたいハルエさん	73

資料編 81

資料1.	ひもときねっこの紹介
資料2.	ひもときシート ①事例概要シート ②ひもときシート
資料3.	ひもときシート活用編 (暫定版)
資料4.	絵で学ぶひもときシートの使い方
資料5.	ひもときカレンダー
資料6.	ひもとき手帳 (抜粋)
資料7.	認知症とは
資料8.	海外の認知症ケアに関する調査概要

Ⅰ 事業紹介



「認知症ケア」の窓を開ける鍵を手にいれよう



認知症の人から

認知症の人へ



事業紹介

1. 背景とねらい

認知症高齢者は近年急速に増加し、2025年には320万人に達するといわれています。2003年に厚生労働省老健局長の私的研究会が提案した「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケア～」では、これまでのケアの概念を「自立」から「尊厳」にバージョンアップさせ、とりわけ身体的自立に加えて認知症ケアを高齢者ケアの標準として推進することとしています。その結果、個別ケアの充実やBPSDの予防、改善、その他ケア方法の工夫などに一定の進歩をみることができました。しかし、すべての事業者・施設が改善や進歩をしたわけではありません。ケアの質のばらつきや、介護と医療の連携が不十分なことから起きる認知症のBPSDの悪化、身体拘束や虐待が未だに行われているという状況も、事実として存在しています。

また、尊厳を支えるケアでは、たとえ認知症になっても住み慣れた地域でその人らしい生活が継続できることが目標とされています。そのため、誰もが認知症を自らの問題として認識し、地域社会全体で認知症の人の生活を支える取り組みへと発展させることは大変に重要であると考えられます。しかし、残念ながら地域住民の理解が十分広がっているとはいえ、認知症の人やその家族が抱える不安や悩みを気軽に相談できる体制が不十分であるといった状況により、本人と家族が社会から孤立し、介護負担のストレスを抱え込み、虐待や介護殺人へと追い込まれていく現実もあります。

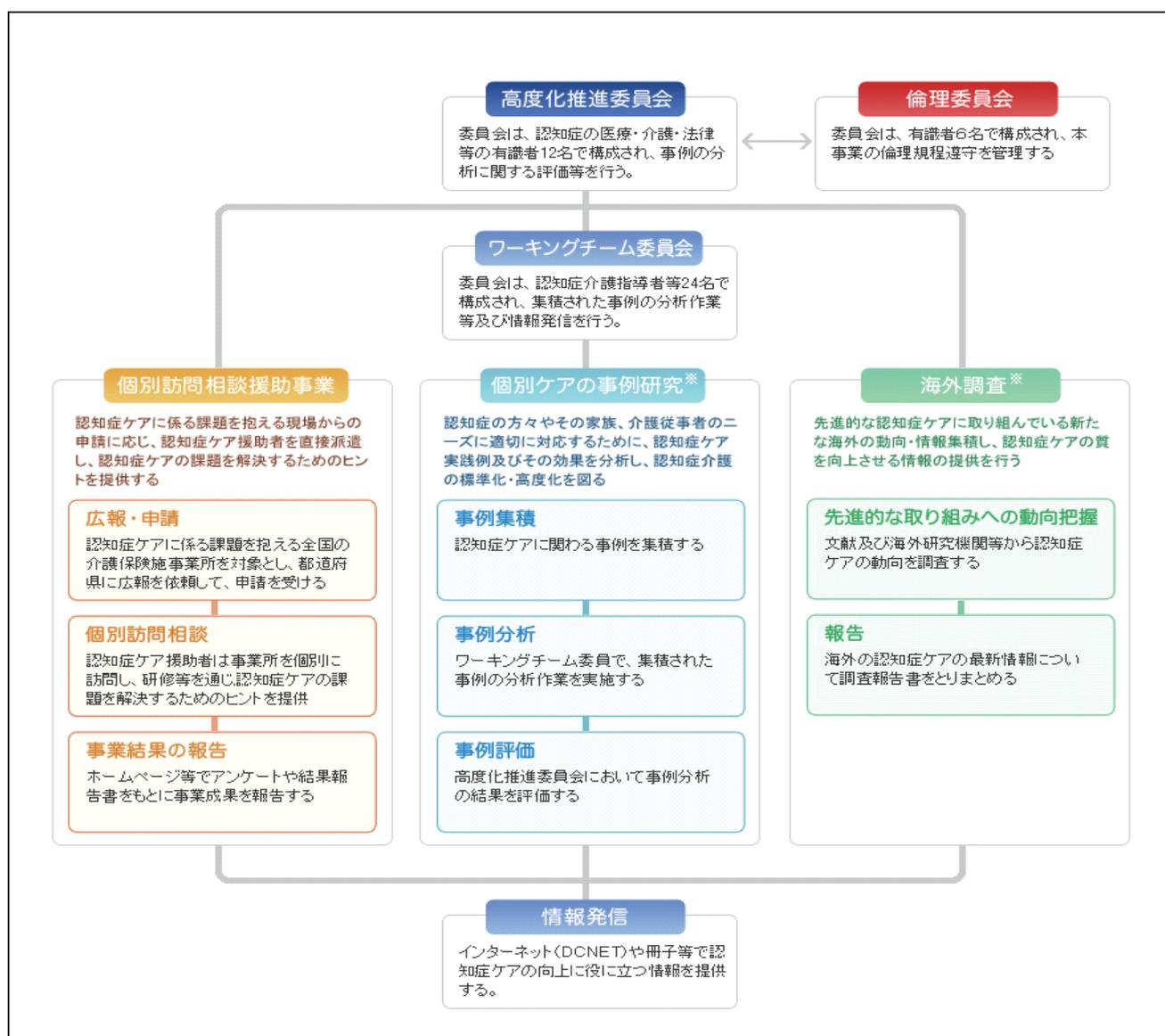
このような現状を踏まえ、平成20年7月に公表された「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書では、今後は「適切なケアの普及」等の推進により、地域ケア体制の強化を図ることが必要であると述べられています。

具体的には、「適切なケアの普及」を図るため、「認知症ケアの標準化・高度化」を掲げ、次のような柱が示されました。

- ① 認知症ケアの標準化を推進するため、認知症ケアの事例を集積し、その効果の分析評価に基づいた認知症ケアの手法の標準化を推進する。
- ② 認知症ケアの現場へ標準化されたケアの手法を普及するため、認知症対応型サービス事業の管理者、認知症介護指導者等に対する研修への支援、認知症介護にかかわる専門家等有資格者の活用法の介護現場への普及を行う。

認知症介護研究・研修東京センターは厚生労働省の補助を受け、これらの事業を3年間（平成20年度～22年度）を目途に推進していきました。

2. 認知症ケア高度化推進事業体制図



3. 事業内容

(1) ひもときシートの開発

認知症ケア高度化推進事業として設置されたワーキングチーム委員会では、国内における事例収集・分析・啓発等に取り組むと同時に、介護現場等における認知症の困難事例について援助者の考え方を導き、個別ケアの高度化を図っていくための「ひもときシート」を開発しました。事業を進めていくうえで前提となった考え方は、次のとおりです。

- ① 「困難事例」における「困難」とは、事象に直面した援助者が抱える主観的な問題であることが多く、単純に心理行動症状（B P S D）を困難事例とはしない。
- ② 認知症ケアは個別的な対応であることから、ケアの方法やかかわり方を単純にマニュアル化することはなじまない。また、マニュアルは「対応」の画一化につながり、個別化に逆行する危険性があるため、十分な考慮が必要である。
- ③ 認知症ケアでは、B P S Dへの対応が援助者の負担を増やしていることから、「認知症のケア＝B P S Dへの対応」と思われがちである。しかし、本来は援助者が中核症状に及ぼすさまざまな要因や背景を読み取り、それらを改善・緩和することが大切である。そのため、B P S Dにより顕在化する行動や言葉を、その要因・背景を知る「メッセージ」「サイン」「シグナル」として捉えることが重要である。

このように、よりよい支援につなげていくためには、援助者の「気づき」を促す必要があります。「援助者本位のケアから利用者本位のケアへと思考を転換」させる方法を標準化し、「認知症ケアの正しい考え方へ導くこと」が求められているのです。ワーキングチーム委員会により開発された「ひもときシート」は、これらの課題を克服するための1つの「ツール」です。

(2) 個別訪問相談援助事業

個別訪問相談援助事業は、認知症ケアに課題を抱える介護保険事業所からの申請に応じ、認知症介護指導者等を認知症ケア援助者として、その事業所に直接派遣し、認知症ケアの現場における課題を解決するためのヒントを提供することを目的としています。

(3) 個別ケアの事例研究

認知症の方々やその家族、介護従事者のニーズに適切に対応するために、認知症ケア実践事例及びその効果を分析し、認知症介護の標準化・高度化を図ります。

なお、収集した事例は、ひもときねっとに掲載されています。

(4) 海外の認知症ケアに関する調査

海外調査は、各国の理念に基づいて体系化されつつある認知症関連研究およびケアの実践等を、文献・関連資料・ヒアリング等の調査を通じて集約し、先駆者等の最新の取り組みや海外認知症ケアの動向を把握することを目的としています。あわせて、各国の制度・支援体制システム・ケアのフレーム等を調査し、背景や現状、課題を整理しつつ、海外認知症ケアの基本情報を集約しています。

< 調査対象国 >



スウェーデン



デンマーク



オーストラリア



イギリス



アメリカ



ドイツ

Ⅱ ひもときシートとは



II

ひもときシートとは

1. ひもときシートの基本的な考え方

これまで述べてきたとおり、認知症の人への画一的な対応はなじみません。大切なのは、「かかわった結果」より、「どう考えるか」という思考のプロセス(ひもとき)であると考えられます。ひもときシートは、援助者が困難だと感じる事例を、援助者の立場に立って一緒に考えながら、援助者の課題を認知症の人の要望や願いに置き換えて考えることができるツールとして作成されました。ひもときシートの思考展開エリアでは、認知症の人の言葉や行動などの事実確認と整理を行い、課題となっていることとさまざまな要因との関連を考えていきます。

「困難」という判断は、主観的な受け止めである場合が多く認められます。認知症介護の場合、援助者はBPSDに向き合うと、どうにか改善しようと奮闘します。しかし、状況の改善がなければ、困難はより一層深まり、BPSDがさらに悪化することがあります。こういった場合、援助者は改善されない理由を自己防衛に置き換えてしまいがちです。

私たちは、この段階を認知症への「評価的理解」としています。援助者が評価的理解に陥る原因はさまざまに考えることができますが、例をあげると、

1. 認知症の人のBPSDに効率的に対応しようとすることによるもの
2. 認知症の人と周囲の人間関係との板ばさみによるもの
3. 認知症の人と事業者の体制・規則・ルールとの板ばさみによるもの
4. スタッフ自身の認知症ケアへの知識不足や経験の未熟さによるもの

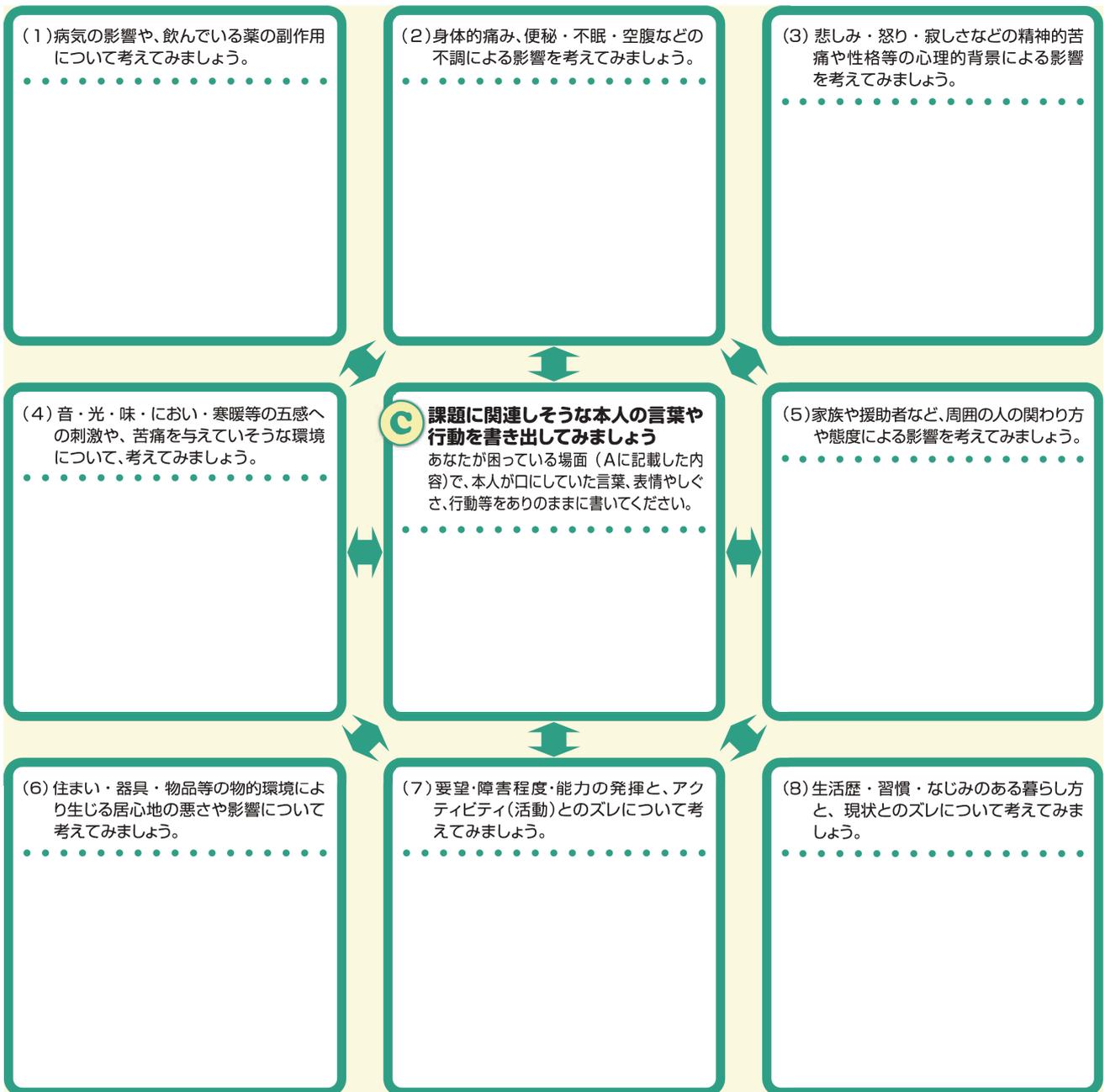
などです。

この状態で新しい介護方法を学んだり、試したりしたとしても、解決できないことがあるのではないのでしょうか？それというのも、介護方法はあくまでも標準化されたものであり、認知症の人の個々の背景までは反映されていないからです。

そこで、「困難」を解決に向けた「葛藤」と捉え、認知症の人の視点から課題について考える思考転換を行うことで、職場内や多職種チーム間のコミュニケーションを密にし、課題の解決に向けた取り組みがなされることが望めます。

認知症の中核症状に影響しているさまざまな要因と行動や言葉、表情との関係を、事実に基づいて整理することは、事実を広い視野で見ることにつながります。そして、現場で直面する現象に捉われずに考える段階を、私たちは「分析的理解」とし、思考展開エリアの8つの問いかけと現象との関係を整理するツールとしました。

8つの問いかけはパーソン・センタード・ケアで述べられている「認知症の状態を作る5つの要因」をベースに、環境や薬、家族や援助者、生活行為などを組み合わせて作られています。



8つの問いかけの内容等はガイドラインに詳しく書かれていますが、問いの趣旨を簡単にまとめると、以下のようになります。

- (1) 疾病や薬の副作用等の影響は考えられますか？
- (2) 身体的な痛み・便秘・不眠・空腹等による苦痛の影響は考えられますか？
- (3) 悲しみ・怒り・寂しさ等の精神的苦痛、また本人の性格等の影響は考えられますか？
- (4) 音・光・味・におい・寒暖等感覚的な苦痛を与える刺激の影響は考えられますか？

- (5) 家族・介護者など周囲からの過剰、あるいは少なすぎるかかわりの影響は考えられますか？
- (6) 障害程度・能力の発揮に対して、住まい・器具・物品など物理的による影響は考えられますか？
- (7) 要望・障害の程度・能力の発揮とアクティビティ（活動）とのズレによる影響は考えられますか？
- (8) 生活歴・価値観等に基づいた暮らし方と、現状とのズレによる影響は考えられますか？

8つの問いは、「ある・ない」の確認のみをしているように思われますが、実際にはこれらの質問を通じて事実を再確認し、さらに掘り下げることが求められています。

とくに、認知症の人の行動や発語、表情は希望や要求を示すものとして捉えます。たとえば、「家族を呼んでくれ」「家に帰って確かめたい」といった発言は、自分の力で確認したいという「思い」があるから発せられます。しかし、援助者が「家族」や「家」といった言葉だけに反応してしまうと、帰る場所がないのに帰りたいという認知症の人の要望と、実現不可能な現実との葛藤に陥り、「困難」と捉えることになるかもしれません。

しかし、これらの発語をポジティブに捉え、言葉の持つ意味を「援助者のものさし」から「認知症高齢者のものさし」に捉え直しをすると、これまでとは違う側面が見えてきます。これを私たちは「共感的理解」と呼んでいます。

思考展開エリアには、A・B（援助者の困りごと・対応方法）の段階から、E・F（本人の思い・その思いの実現）への転換と、その転換を作るきっかけとしてのC・D（事実の確認・思考展開・課題の整理）があります。思考展開エリアを通じて援助者の考え方を少しずつ変える過程を一緒に学ぶことで、援助者の、「気づき」が促され、1つでも多くの事例（他者の体験）を自らの追体験として獲得することによって、よりスムーズな「気づき」につなげることを目指しています。

ひもときシートは、記録などから事実を拾い上げて1人で作成することもできますし、チーム内でお互いが持っている情報や知識を出し合いながら理解を深めていくツールとして用いるなど、さまざまな使い方ができます。

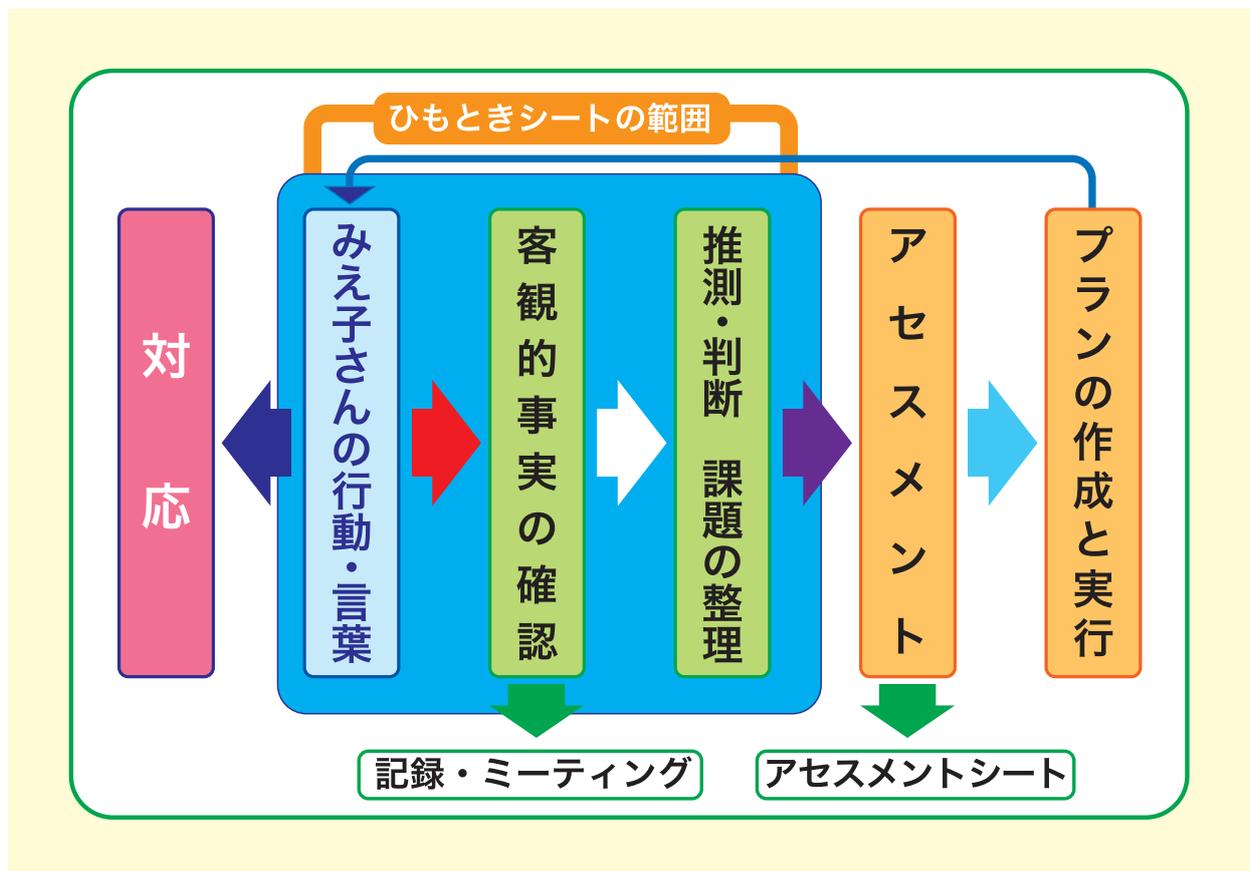
このような学習ツールは、今後いくつか開発されていく必要があると思われます。多くの場合、援助者が「困難」と感じる場面は「行動へのかかわり」によるもので、認知症の人の言動と援助者の心理との相対関係によるものですから、まず介護者の内省による「気づき」を得るために、多くの事例に触れ、それぞれが新たな気づきを得て、認知症の人の「行動」にしっかりとかかわる自信と実力を身につけることが大切です。

このシートがその一役を担うことを期待しています。

2. ひもときシートと従来からのアセスメントシートとの違いは何か

ひもときシートは、とくに思考展開エリアが分析的なため、新しく開発されたアセスメントシートとして誤解されやすいツールです。しかし、思考展開エリアでは分析というよりは、事実確認を行っています。たとえば、薬の副作用、行動と環境との関係、時間帯、かかわる職員と出来事、他利用者との親密さ、行動や表情の意味の洞察など、記録や専門職への相談場面の振り返りなどで見落としがちな記録を整理し、その意味づけ、他の情報との相互性など、これまで単純にとらえていた現象を複雑なものとして捉えなおす、いわば「考えるプロセス」です。

ひもときシートでは、その背景にある事実を確認することで、誰にとって何が課題なのかを改めて考え直し、また捉え直した結果をアセスメント、ケアプランにつなげることを目指しています。ただし、アセスメントやカンファレンス、モニタリングはケアマネジメントプロセスの一連の流れのなかで行われるため、事実確認やアセスメント、チームでのカンファレンスとひもときシートが重なるのは当然です。そのため、「捉え直し」をしてからアセスメントに移行していきます。普段から考えや捉え直しができている人であれば、モニタリングやアセスメントのなかで、すでに行っている作業です。



3. ひもときシート Q & A

Q1 ひもときシートはどうやって活用すればいいの？

A. ひもときシートへの取り組みにあたっては、①事例概要シート②ひもときシート③ひもときシートガイドラインの3つのツールが用意されています。詳しくは、「ひもときねっと」(<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>)の「ひもときシートの使い方」を検索してください。

Q2 ひもときシートの特徴は？

A. ひもときシートは、パーソン・センタード・ケアを基本に作られており、課題や問題とと思っていることを、援助者中心の思考から本人中心の思考に転換していきます。また、シートに取り組んでいくうちに、チームケアの大切さにも気づいていくことができるでしょう。さらに、認知症ケアの対応力向上のために、思考の整理と考え方をチームで共有するための教材として活用していくことも可能です。

Q3 ひもときシートはアセスメントシートですか？

A. ひもときシートはアセスメントシートではありません。むしろ、課題や問題に効率よく対応していくために、アセスメントの視点と焦点を定めていくための「前段階の作業」と位置付けることができます。事実情報の集積や分析をするアセスメントとは異なり、暗中模索の状態では根拠のない対応をやみくもに繰り返す状況から、少しでも事実と根拠に基づいたケアにつなげていくための「思考の整理」と考えてください。

Q4 ひもときシートを使えば徘徊等がおさまるのですか？

A. ひもときシートは、困り事の本質が何かを見つけるために、事実に基づきながら援助者の思考を整理したり、展開させたりするためのものです。その先には、困り事の解決につながるものがきっと見つかるはずですが、ただし、あなた自身が「徘徊」だと思って困っていることが、本人にとっての困り事とは限りません。本人は、他の悩みや困り事があるからこそ、歩き続けてしまうのかもしれないし、歩き続けている理由を伝えられずに困っているのかもしれない。ひもときシートは、援助者が本人の立場になって、課題に向き合うためのツールです。

Q5

ひもときシートはどのような活用方法がありますか？

A. ひもときシートは、援助者がケアを提供していく上で、困難を感じたり、課題解決ができず悩んだりしているときに、その悩みなどを軽減し、本人の立場に立ったケアを提供するのに役立つツールです。従って、悩んだり、困ったりしたときはもちろんですが、自分たちが提供しているケアに自信が持てない場合にも活用できます。

特に、認知症ケアはチームワークを大切にするので、一人ひとりの援助者が、ひもときシートに基づき思考を整理しながら、それぞれの考えをチーム全員で確認し、検討することで、チームアプローチの方向性が定まります。また、活用次第では組織の体制やケアの改善にもつなげることのできるので、活用範囲の広いシートです。

実際にひもときシートを使用した人からは、次のような意見が寄せられています。

「職場の研修で、1つのケースについてひもときシートにそれぞれに記入してみました。同じケースにおいても、皆それぞれに見えていること、感じていることが異なり驚きました。ケースについて互いの不足していた視点を補うことができ、チームの連携の大切さを学ぶと同時にケアプランに活かすことができました」

Ⅲ ひもときシートの解説



2. ひもときシートガイドライン

STEP
1

評価的理解

援助者として感じている課題を、まずはあなたの視点で評価します。

A 課題の整理Ⅰあなた(援助者)が感じている課題

事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

質問の意図

- この項目は、事例に対して、あなた(援助者)自身が「困っていること」「悩んでいること」「負担に感じていること」を整理するためのものです。
- あなた自身の悩みに焦点をあてて、困っていることや苦痛に感じていることを具体的に書いてみましょう。
- あなた自身の困難や悩みを書くことで、自分自身のストレスや負担感の原因をはっきりさせていくことも、この項目のねらいのひとつです。

記入のポイント

- 悩みがたくさんある場合は、課題を焦点化するために、特に困っていること1つに絞って書いてください。
- 事実確認やアセスメントが不足しているような場合でも、現在のあなた自身の思いや都合で、自由に書いてかまいません。

B 課題の整理Ⅱあなた(援助者)が考える対応方法

①あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか。

質問の意図

- この項目は、課題を感じているあなた自身が、ケアの目標をどのように考えているかを確認します。
- 日々の関わりの中で、あなたは、本人にどのような姿になってほしいと望んでいたのかを振り返ってみましょう。
- 期待している本人の姿や状態像がどのようなものかを具体的に書いてみましょう。

記入のポイント

- 「その人らしく」というような抽象的な表現ではなく、より具体的な状態、状況、姿等を思い浮かべて書いてみましょう。

②そのために、当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？
あるいは、取り組んでいますか。

質問の意図

- この項目では、①で確認したあなたの思いを、どのような対応につなげているか(つなげようとしていたか)を確認します。
- 個別的アプローチ、チームケアの体制、家族との連携など、さまざまな角度から、いま取り組んでいることを具体的に書いてください。

記入のポイント

- ◎なるべく、あなたの思いと、取り組み内容を関連付けて書いてみましょう。
- ◎あなただけでなく、他の職員の対応の様子についても書き出してみましょう。

C 課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみよう

あなたが困っている場面(Aに記載した内容)で、本人が口にしてきた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。

質問の意図

- この項目では、あなた自身が課題と感じている場面での本人に焦点をあてて、本人の様子を事実に基づいて書き出します。
- 本人の「願い」や「思い」は、本人が発する「言葉」「表情」「しぐさ」に隠されている場合があります。援助者の思い込みや印象を取り除き、本人が発する言葉をそのまま書いてみましょう。

記入のポイント

- ◎その場面の本人の言葉、表情、しぐさを思い出しながら書いてみましょう。
- ◎なるべく、徘徊・帰宅願望・暴力行為などの第三者からみた表現を使わずに、本人のありのままの様子を具体的に書いてみましょう。
(例)夕方になると毎日不安げな様子になり、帽子をかぶったり、かばんを持って、「早く帰って夕飯の支度をしないと」と言いながら、玄関の周りを行ったり来たりしている。

思考展開のための 8 つの視点について

Cに書き出した、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等の意味を理解するために、8つの視点から本人をとりまく環境や心身の状態を整理してみましょう。

- 思考展開エリアは、課題の背景や要因を洗い出して情報を整理するために活用します。
- 思考展開エリアは、日常使っているアセスメントシート等の記録をもとに、8つの視点で事実を整理していきます。
- 8つの視点は、認知症ケアを全人的に捉えていくためのパーソンセンタードケアを基本に作られており、本人の行動・心理症状などをひも解くための重要な視点を示しています。
- 思考展開エリアに記載する情報は、なるべく多くの職員や多職種が集まって、チームで考えていくことが効果的です。家族等の情報も含めて、考えてみましょう。

(1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、本人の病気(認知症および身体的な合併症など)や薬の副作用の影響について考えます。
- 複数の薬を飲むことで、思いもよらない副作用が出てしまうことがあります。飲んでいる薬と状態変化に関する最近の様子を振り返ったり、記録を確認したりすることが大切です。
- また、認知症の原因疾患によって中核症状はさまざまに異なります。本人の中核症状が、事例に挙げられている課題(困難)に影響していないかについても考えてみましょう。

考え方のヒント

- ☞ 高齢者にとって病気や薬は、心身にさまざまな影響を与えることがあります。例えば、運動機能が低下した状態では、「食べない」「話をしない」「お風呂に入らない」「歩かない」「ボーっとしている」などの状態になったり、活発な状態では、「大声でしゃべる」「人をたたく」「ものを壊す」などの行為が現れることもあります。
- ☞ 精神症状(せん妄や幻覚妄想状態)は、発熱、脱水、貧血などの状態や疾患に伴って現れることもあります。原因となる病気の治療や不適切な薬の改善により、これらの症状を緩和したり、なくしたりすることも可能となります。
- ☞ 介護職が、認知症の経過を適切に把握することや、医師や薬剤師、看護職との連携により病気の特徴等を知った上でケアの提供を行うことは、本人の状態を安定させるためにも非常に大切なことといえます。

記入のポイント

- 病気の症状や特徴による影響を考えましたか？
- せん妄やうつ等の可能性を考えましたか？
- 服薬の管理は、しっかりとできていますか？
- 病気や服薬状況等について医師や薬剤師、看護職などと情報連携してみましたか？

(2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、痛み、便秘・不眠・空腹などの身体的な不調が、本人の心の状態に影響していないかについて考えます。
- 認知症の人は、痛みや苦痛が生じていても、そのことを自覚したり、周囲の人に訴えることができない場合があります。その状態を見過ごしているとそれが思わぬ行動・心理症状を引き起こしてしまうことがあります。
- 食事や水分摂取量、睡眠時間、運動量の変化など、毎日のささいな変化であってもきちんと把握していることはとても大切です。

考え方のヒント

- ☞ 認知症の人は身体疾患を併発することが多いと言われています。援助者は、日常的な体調管理(排尿・排便状況、食事の量や水分摂取量、睡眠状況の把握などの観察や記録)で、身体的な変化(いつものような活気がない、起きられない、いつの間にか寝ている、歩き方が変わった等)を観察しながら、変化を見逃さないことが大切です。
- ☞ 本人の身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの症状を緩和することで、認知症の人の行動・心理症状の予防、改善につなげていくことができます。
- ☞ 認知症の人の心身状態の変化に迅速に対応していくためには、早期から気軽に相談できるかかりつけ医や看護職との医療連携体制を整えておくことが大切です。

記入のポイント

- ◎本人に生じている痛み、便秘・不眠・空腹・その他の不調を見逃していませんか？

(3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、本人の精神的な苦痛や性格等の影響について考えます。
- ここで重要なのは、本人が示す言葉以外のサイン、たとえば表情、しぐさ、雰囲気、眼の動きなどの非言語的な情報を汲み取り、その背景について考えていくことです。
- 課題解決に向けて、「不安」や「不快感」、「おぼつかなさ」といった心理的な苦痛を汲み取ったり、本人にとっての「快」が何かを考えたりすることも大切です。
- 認知症になると、本来の性格や心情が変化することもあります。本人の性格等について、家族や親しい人からの情報を整理してみましょう。

考え方のヒント

- ☞ 認知症になると、怒りなどの感情が影響して、体調が激変する場合があります。
- ☞ 認知症になっても感情は記憶に残ります。着替えや入浴、外出などで、怖い思いや嫌な思いをしながら長期間過ごしていると、不快感として感情の記憶に残り、介護の困難につながることもあります。

記入のポイント

- ◎行動・心理症状に伴う援助者の困り事ばかりに目を奪われず、本人が求めていること、感じていること等を、改めて考えてみましたか？

(4)音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、本人を取り巻く環境を見直しながら、課題への影響を考えます。
- 音・光・味・におい・寒暖等感覚的な苦痛を与える刺激が、本人を不快な気持ちにさせ、行動・心理症状を引き起こしていないか確認してください。
- 現在の環境が、本人の落ち着ける居場所になっているかどうか、不快を招くような刺激がないかどうかを確認してください。

考え方のヒント

- ☞ 認知症になると、自分自身にとって何が不快に感じるのか、苦痛に感じるのかの判断が困難になってしまいがちなので、援助者の配慮が重要となります。
- ☞ 感覚の低下により、「においが分からない」「味が分からない」「食べても楽しくない」等の状況になることを理解しておく必要があります。

記入のポイント

- 感覚過敏になって、通常の状態でも、「音がうるさい」「まぶしい」「人の声が怖い」などの状態になっていませんか？
- 本人が求める、落ち着ける環境になっていますか？

(5)家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、家族や援助者の関わり方に関する、本人への影響について考えます。
- 本人と家族の関係は複雑になりやすく、家族も本人も自信や誇りを失っている場合があります。
- 援助者による不適切なケア（本人の思いを無視したケアなど）が、場合によっては本人のストレスを引き起こす原因になっていることもあります。

考え方のヒント

- ☞ 家族や周囲の関わり方が影響して、本人の行動や心理症状に大きな影響を与えることがあります。
- ☞ 施設利用者の場合などでは、入所をきっかけに本人に対する家族の関心度や愛情が高まり、関係性が変化している可能性もあるので、注意をはらうことが大切です。

記入のポイント

- 家族の過剰な関わり方、あるいは少なすぎる関わり方について考えてみましたか？
- 援助者の過剰な関わり方、あるいは少なすぎる関わり方について考えてみましたか？
- 家族の苦しみに共感を示し、適切な関わりができるように見守っていますか？

(6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、本来、本人が持っている能力を引き出すことや、意欲を刺激する環境整備(住まい・福祉機器・物品等)がなされているかを確認します。
- 自分でできることが増えるほど、本人の意欲や自信につながるということを意識しながら考えてみましょう。

考え方のヒント

- ☞ 不適切な環境により、本人に思わぬ悪影響を与えている場合もあるので、生活全般をさまざまな角度から点検していくことが大切です。

記入のポイント

- ◎ 本人に残っている力の発揮を促すような支援や、環境整備が行われていますか？
- ◎ 歩行能力があるにもかかわらず、安易に車椅子を利用していませんか？

(7) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、援助者が本人のためと思って提供しているアクティビティ(活動)が、本人の精神的な負担になっていたり、自尊心を傷つけたりしていないかを確認します。
- 心身状態や、本人の要望を踏まえたアクティビティが提供されているかどうかを振り返ってみましょう。
- 本人は、自分自身の能力を適切に発揮できないと、精神的苦痛(ストレスや葛藤)を抱えてしまうことがあります。

考え方のヒント

- ☞ アクティビティは、本人の心身の状態について十分に情報収集し、その時々どの程度能力を発揮できるのを見極めながら支援していくことが重要です。
- ☞ 本人の生活習慣を大切にしたり、持っている力を発揮したりすることができる場面づくりの工夫をしていきましょう。

記入のポイント

- ◎ 援助者側の都合ではなく、本人に合わせたアクティビティの内容や時間になっていますか？
- ◎ 本人は、日常をどのように過ごしたいと思っているのでしょうか？

(8)生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、本人が大事にしていること、こだわり、家族や知人・友人・地域等との関係性を継続するケアが行われているかを確認します。
- 生活歴、暮らし方、本人の思い、人間関係、役割意識等の情報収集をしてみましょう。

考え方のヒント

☞ 援助者の一方的な支援や思い込みによるサービス提供は、本人が慣れ親しんできた暮らし方やこだわり、望み等とのズレを生じやすくしてしまいます。

記入のポイント

- 現在の日常生活や支援内容は、本人にとってのなじみのある暮らし方、習慣などを尊重していますか？
- 日常生活の中で本人の力を発揮する場面やきっかけを作り出す支援をしていますか？
- 他者との関係づくりが進められるよう、支援していますか？
- 本人が生きてきた時代背景を尊重した支援ができていますか

D 課題の背景や原因を整理してみましょう

思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、あなたが困っていること(Aに記載した内容)がなぜ起こるのかを、本人の視点で整理していきます。
- 8つの視点に書き込む際、十分な情報収集がなされていないと、課題の背景や原因が見えないこともあります。また、背景や原因は、複雑に絡み合いながら影響することもあるので、さまざまな角度から見ていくことが大切です。
- この事例に関わりが深そうな原因が見えてきたら、さらに、そこに関連する情報を集めていきましょう。

記入のポイント

- さまざまな角度から見えてきた事実に基づいて、課題となっている事象がなぜ起きたのかを整理してみましょう。
- 課題の背景や原因を、本人の気持ちになって考えてみましょう。
- 思考展開エリアで集めた情報が不足していると感じた場合は、関連のありそうな項目に戻って、他の職員や家族等からも情報を集めてみましょう。

STEP
3

共感的理解

本人の視点から課題の解決を考えられるように、援助者の思考展開を行います。

E 「A課題の整理I」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう

ここで、この事例を本人の立場から、もう一度考えてみましょう。
「D課題の背景や原因の整理」を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことだと思いますか。

質問の意図

- この項目では、A欄で確認したあなた自身の困り事を本人の立場や気持ちから考えていきます。
- 8つの視点で整理した情報や気づきを利用して、あなたの困り事がなぜ起きているのかを本人の立場から考えてください。
- B-①の項目で記入したあなたが期待することと、本人の望んでいることの違い(ギャップ)についても考えてみてください。
- この項目は、援助者が本人を「困った人」と捉えるのではなく、「本人が困っていること」に気づくことがねらいです。

記入のポイント

- ◎課題を、あなた自身の視点から本人の視点に置き換えて、考えてみましょう。

F 本人にとっての課題解決に向けてできそうなことをいくつか書いてみましょう

このワークシートを通じて気づいた本人の気持ちにそって㉞今できそうなことや
㉟試せそうなこと㊱再度の事実確認が必要なこと等をいくつか書いてみましょう。

質問の意図

- この項目では、あなたが集めた新しい情報や気づきをもとに、ケアの再構築を行います。
- 本人の視点に立った実践につなげていけるよう、これまでの関わり方やケアの視点を転換しながら、より具体的な対応や方法を考えてみましょう。
- 重要なのは、持っている力や可能性を眠らせてしまうことなく、本人の思いや立場から解決策を模索することです。「できる」「できない」を先に考えるのではなく、本人にとって本当に必要なことが何かを見極めて、ケアの目標を設定していきます。
- また、本人の状態改善や自分でできることを広げていくための工夫で、実現できることを少しずつ増やしていくことも大切です。
- 新たなアイデアを考えるときに家族の意向や要望が強いと、解決を難しくしてしまう場合があります。対人援助職は、まず、本人の立場から何が望ましいのかを考えて、そのために必要なことを調整していくことが大切です。家族の意向があるからとあきらめてしまわずに、本人にとって大切なことを見極めていきましょう。

記入のポイント

- ◎本人の思いや立場を理解し、原因や根拠に基づいたアイデアを考えてみましょう。
- ◎その場しのぎではない、本人の気持ちに寄り添う方法を考えてみましょう。
- ◎あなた一人で解決できないことは、他の職員に働きかけたり、多職種で協働したり、家族の協力を得ながら解決していく方法を考えてみましょう。

3. ひもときシート記入例

認知症ケア高度化推進事業

ひもときシート

〈事例概要シート〉

タイトル:「旦那に叱られるから帰ります」と言い強く帰宅願望を訴えるみえ子さん

I. 事例の状況 (300字程度)

みえ子さんは、当施設のショートステイを利用して3日経ちました。初日から毎日決まって夕方になると、「こんなことはしてられない、ご飯の支度をしないと、旦那に叱られるから帰ります。」と言って玄関にやってきます。介護職員や相談員が「自宅は売却してもう無くなってしまいました。」とか、「旦那さんは5年前にお亡くなりになりましたよ。」と説明しますが、その時は「あっ、そうだったわね」と言って納得し、食堂まで誘導すると自分の席に戻りますが、夕食が始まるまでに数分ごとに何度も同じことを繰り返します。「帰る」という言葉や行動は、夕方になると起きますが、日中は特にそのようなことをいいません。また、夜中もぐっすりと休みます。

廊下に置いてある車いすを勝手に部屋に移動させたり、洗濯室にある汚れた洗濯物をかごから出して置いていたり、「ほら、こぼさないで食べなさいよ。」「みそ汁もちゃんと飲んでね。」など周囲にお節介なところがあります。男性利用者から「いちいち、うるせい!」と怒鳴られることがありました。しかし、みえ子さんは悪気がない様子です。

II. 事例提供者の属性

職 種	介護職員
資 格	2級ヘルパー
役 職	なし
経験年数	2年目
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
年 齢	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input checked="" type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上

III. 提供者自身が感じている事例の課題

夕方の人手が少ない時間帯に繰り返し帰宅を訴えたり、他人への世話焼きでトラブルになる。洗濯物や箸、コップなども勝手に部屋に持って帰りたんに隠したりする。何度お願いしても、変わらないのでストレスになっている。

IV. 倫理的配慮

個人や団体が特定されないように配慮し、以下の者からの使用了解を得ている。

施設長 施設長以外の管理職 家族 本人 その他 ()

V. 事例概要	
年齢・性別	(80 歳代後半 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
学歴・職歴	尋常小学校卒 製糸工場 専業主婦
家族構成	独り暮らし
認知機能	HDS-R 11点
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外
日常生活自立度	障害老人自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症老人自立度 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
ADLの状態	①食事の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	②排泄の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③移動の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	④着脱の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤入浴の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑥整容の様子 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症の診断名	<input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
現病・既往歴	【現病】 アルツハイマー型認知症 【既往歴】 5年前夫が脳内出血で突然死亡、本人はそれがきっかけでうつ状態になる。さらに1年ほど前から、物忘れが激しくなり近所に何度も電話をかけたり、スーパーで同じものを大量に買うなど異常が見られるようになる。
服用薬	アリセプト ユーロジン セルシン
コミュニケーション能力	理解力もありコミュニケーション能力は保たれている。
性格・気質	せっかち、おせっかい、細かいことは気にしない、おおらか

生きがい・趣味	料理を作ること
生活歴	農家の5人兄弟の長女として生まれる。尋常小学校を卒業後は製糸工場に勤める工場ではラインの長をまかされるなど自他ともに仕事のできる人であった。19歳で見合いで2歳年上の男性と結婚、夫は結婚直後に満州に従軍する。終戦のちに夫は無事復員、その後トラックの運転手として働く。2度の流産の末、子供をもうけることはできず、夫の兄弟から養子をもらい受け大事に育てていたが、8歳の時に病死。その後は仕事をせずに専業主婦として長距離トラックの夫を支える。60歳の時に子宮がんを患い手術をする。それをきっかけに、精神状態が不安定になり家に引きこもることが多くなる。夫は65歳までトラック運転手し、67歳までビルの守衛などをして働く。夫の定年後は2人でのんびりと畑仕事をしながら暮らす。5年前夫が脳内出血で突然死亡、再びうつ状態になり1年ほど前から、物忘れが激しくなり近所に何度も電話をかけたり、スーパーで同じものを大量に買うなど異常が見られるようになり。民生委員が地域包括支援センターのケアマネジャーに相談しショートステイの利用が決まった。
人間関係	世話好きで、近所にも自分の作ったケーキやお菓子を配ったり、自治会の夏祭りで率先して焼きそばやカレーを作るのを手伝ったりしていた。体調不良の時は引きこもり人間関係や社会関係を避けていた時もあるが、夫と畑をするようになって、笑顔で暮らすようになった。夫は頑固でまじめ亭主関白、みえ子さんは夫の言うことを何でも「はいはい」と受け入れていた。
本人の意向	飯を作らなきゃ旦那にしかられるから帰る
事例の発生場所	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型病床 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 精神科病棟 <input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ショートステイ）

※ご記入にあたっては、以下の点についてご留意の上、表記していただくようお願いいたします。

①すべて「Aさん」に統一

②である調に統一

③年齢、職歴、地名、方言、本人や地域等が特定されないような配慮

(例) ●「72歳」→「70歳代前半」 ●「寿司職人」→「飲食店店員」 ●「千代田区」→「当地」「隣接地」「本県」 ●「あかん」→「だめだ」など

心の健康コラム 1



ストレスとは

ストレスという言葉は、もともと物体に外から力が加わった時に生じる歪みを指す物理学の用語でしたが、「外からの刺激による生体側の歪みと、その刺激に対抗して歪みを元に戻そうとする生体側の反応」をストレスと呼ぶようになりました。ゴムボールを指で押さえた状態をイメージしてください。軽く押さえただけでは弾力性によってすぐに戻ります。しかし、強い力で押し続けるとボールは大きくへこみ歪んでしまいます。この時、歪みを生じさせる指の力を「ストレッサー」、歪んだ状態を「ストレス反応」、押されてもすぐに戻れる状態を「ストレス耐性」があるといえます。



ストレスは悪くない？

私たちの心身で考えると、「ストレス反応」は怒りや不安、焦り、不眠など心身にあらわれる反応を意味し、「ストレッサー」は職場や家庭におけるトラブルなど、ストレス反応を引き起こす刺激、「ストレス耐性」はストレスに立ち向かえる力と考えることができます。

ストレスは人間にとって避けられないもので、人間としての成長や心身の健康に対して両価的意味を持ちます。“全てのストレスが悪いものではない”ということです。適度な緊張感、仕事をするうえで大切なものでもあります。適切で対処可能なストレスは個人の成長をもたらす「ユーストレス」とよばれ、有害なストレスは「ディストレス」とよばれています。ユーストレスもないストレスゼロの状態は、刺激や変化が一切ない状態です。想像してみるとつまらない世界ではありませんか。ストレッサーとなり得る職場やプライベートな時間は、充実感や満足感、生活のハリやリズムを与えてくれます。



ストレスの個人差

ストレスの感じ方には個人差があります。同じ大きな出来事を経験しても、乗り越えることができる人とそうでない人がいます。その日のコンディションによっても違います。いろいろな出来事を経験するときに、受け止め方や対処の仕方はそれぞれ異なり、ストレス反応の現れ方に差が出てきます。ストレッサーと自分との相互作用からストレス反応は生じます。ストレッサーに対して自分が適切に対処できるかどうか重要です。そのためにも自分をよく知り、ストレス耐性を強化し、ストレスと上手に付き合っていくことが自分の成長や健康のために非常に大切です。

Ⅳ ひもときシートの活用



IV

ひもときシートの活用

1. 活用のポイント

No. 1

ここでは事例を用いながらひもときシートの考え方を解説しています。認知症の人を理解する「3つの段階」についてや、認知症の人の言葉や行動の背景にある「事実確認」の方法を通じて、シートのポイントを学んでいきましょう。



No. 2

事例

85歳のみえ子さんはショートステイを利用して3日経ちました。初日から毎日決まって夕方になると、「こんなことはしてられない、ご飯の支度をしないと、旦那に叱られるから帰ります。」と玄関にやってきます。

家はすでに売られて無いことや、夫は亡くなり居ないことなどを話し、食堂まで誘導すると、一旦は落ち着きますが、夕食が始まるまで、数分ごとにこのようなことを繰り返します。
あなたは、この事例をどのように考えますか？

「まず、この事例を読んで、あなたが気になる文章や単語にアンダーラインを引いてみてください」と問いかけます。そして、「周りの人、隣りの人と比べてみてください」と聞きます。すると、同じところが気になった人もいますし、違ったところにアンダーラインを引く人もいます。つまり、捉えるところが違うのです。

ここでは、この事例に向き合う人がどこに焦点をあてようとしているのかを聞いています。大概、みえ子さんの訴える言葉や、帰宅欲求の行動を繰り返しているところです。

次に、「あなたはこの事例をどのように考えますか？」と聞きます。「考えたことを、周りの人や隣りの人と共有してください」と言います。すると、大概の人はみえ子さんへの対応方法について議論をします。つまり、どうやってこの帰宅願望に対応するかということです。

No. 3

困ったわ、何度言っても聞いてくれない。どうしたら、帰ると言わなくなるかな。

困難だと感じる介護者

こんなことしてられない。旦那が待っているから夕飯をつくりに帰らなきゃ。

認知症のみえ子さん

困難だと感じる介護者はみえ子さんの行動や言葉に「対応」としてとします。

No. 4

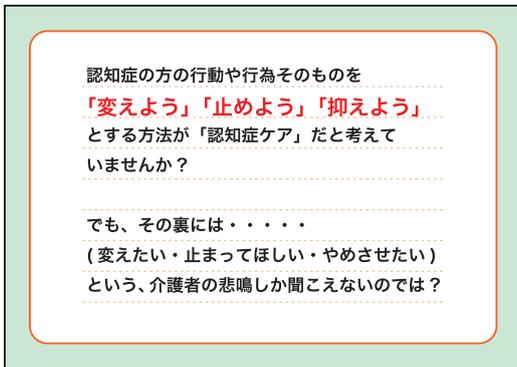


認知症の人の行動や言葉に対応するというのが、「ケア」することだと誤解している介護者はこれまでの自分の「経験(知)」を使ってどうにかしようとします。しかし、経験知以上のことはできません。

すると、その介護者は「これは非常に困難だ」という結論を導きます。つまり、「認知症状が手に負えないほど重度で困難だ」と考えるのです。

「困難さ」とは、介護者の主観的なもので、誰にとっても困難であるとは限らないということになります。

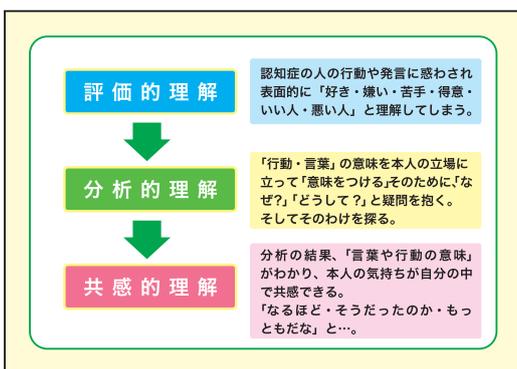
No. 5



認知症のBPSDに対して、自分の価値観で認知症の人の行動に意味づけや解釈を行い、不適切な行動、混乱した状態として、「変えよう」「止めよう」「抑えよう」としていませんか。

実はその裏側には、BPSDが自分に及ぼすストレスが原因になり、そのストレスを回避するために、できない自分、変わらない認知症の人の説明を、「忙しい」「人手がない」などに置き換えて、座りのいい状況を作ろうとしているのかもしれません。

No. 6



認知症の人を理解することに、3つの段階を設けることにしました。第一段階は、認知症の人の行動や発言に惑わされ、表面的に、「好き・嫌い・苦手・得意・いい人・悪い人」と理解してしまう段階です。第二段階は、「行動・言葉」の意味を本人の立場に立って、「意味をつける」そのために、「なぜ?」「どうして?」と疑問を抱き、そしてそのわけを探ろうとする段階です。

第三段階は、分析の結果、「言葉や行動の意味がわかり、本人の気持ちが自分の中で共感できる」「なるほど・そうだったのか・もっともだなと……」介護者が認知症の人の気持ちをわかろうとする段階です。

介護者が認知症の人の思いをわかろうとすることと、介護者の思いを相手にわからせようとするのは、「かかわること」は同じでも、考え方は全く逆です。いうなれば、「共感すること」に対して、「対決すること」になるわけです。

これまでの認知症ケアは、先輩のかかわり方を見よう見まねで行っていた、「勘と経験の時代」でした。次第に、BPSDに対する一定の成果には何か共通した方法が隠されている、その対応方法を習得する、「HOW TOの時代」。

そして、人間の営みや社会でのかかわり、認知症による影響など複雑な要因の相互作用によって起きるBPSDは、複雑に捉えて考えることが求められるようになりました。答えがない、答えがひとつではない認知症ケアの、「考える時代」に移行しているといえます。認知症ケアの標準化とは、まさに、「HOW TO」から、「考え方の標準化」です。ひもときシートは考え方のワークシートです。

No. 7

● 評価的理解

好き・嫌い・苦手・得意・いい人・悪い人とその理由

「～があるから、～をしなくちゃ、忙しいから、認知症だから、コミュニケーションが取れないから」

「評価的理解」は、好き・嫌い・苦手・得意など、認知症の人が示す行動や態度、言葉を表面的に捉えその印象で理解することです。人間関係には少なからず「相性」があります。第一印象のように誤もなくその人を感情的に捉えたり、イメージで捉えるなど、こちら側の、「先入観」が大きく影響することもあります。先入観をなくすことはできませんが、自分が印象やイメージに捉われていることを意識することはできます。「ものさしを持って相手に接する自分」を意識することから、「関係」は多様に広がっていくといえます。

No. 8



介護者には、「あきらめて、静かに食堂の椅子に座って欲しい」という思いがある一方、みえ子さんが何度も帰宅欲求を訴え、説明してもそれを繰り返す現実があります。

介護者は、「思い」と「現実」の間に葛藤が起り、自分で何とかしようとするほど苦しみ、その苦しみから自分の心を守る、「防衛機制」が起こると、なぜ自分の思いが実現しないかを介護者が自分勝手な説明をつけたり（合理化）、無視したり（抑圧）、子ども扱いや物扱い、認知症の人の力を使わせない（無意識化）するなど「悪性の社会心理」が介護者を蝕むこととなります。

このときに、葛藤をうまく利用することで介護者は成長します。たとえば、直面している問題を自らの課題として捉えること、現実に行き起きていることの実態を整理するなど、客観化することで新たなケアの視点を模索すること。

自らの感情に引きずられるのではなく、説明できる根拠を探すため

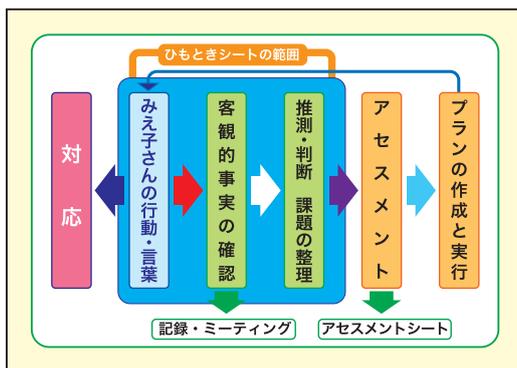
に事例を知性的に処理する。また、ケアにベストな答えや結論があるわけではないので、曖昧なことに耐える力を身につけること、相手に対して共感的に理解するなどに転換することで、この状況にうまく適応できる介護者になる方向を選択します。

葛藤を生む原因には、

1. 自分自身の知識やスキル、経験が足りないことによって起きる。
2. 認知症の人のBPSDに効率的に対応することで結果が出ると期待している。
3. 認知症の人と他の利用者、スタッフ、家族などどちらかに軍配を上げる必要を感じている。
4. 認知症の人のニーズを満たすことができないのは、事業所のルールや日課など、自分の力では変えることのできないものに支配されていることへの無力感を感じている。

など、さまざまな事情や人、もの、環境などの板ばさみにあって、自分の希望がかなえられないことへのストレスがあります。

しかし、認知症の人と介護者によって解決できないことも、「状況の捉え直し」や「解釈を変えること」によって物事を固く捉えている自分の視野を少し広げるためには、「他者からのフィードバック」（スーパービジョン）を受けて、困難な状況を改善することが必要になります。例えるならば、「絡まった毛糸の玉をひも解く」必要が出てきます。



捉え直しをするためには、認知症の人の言葉や行動の背景にある、「事実確認」が必要になります。

それは、アセスメントにより情報を集めることではなく、「かかわることで」現状の分析とあるべきその人の姿の間にある、「課題（タスク）」を探る、いわば支援のための設計図を作成する必要があります。

行動をどう捉えるかは、その人と取り巻く環境によって作られる「状況の分析」が必要です。

その流れを S（主観的情報） O（客観的情報） A（アセスメント・評価） P（計画）に分けて受け取られる状況を、「認知症の本人の言葉や行動」「それを受け取る介護者の態度や思い」などに整理する過程で、「気づき」「推測」「仮説」などが生まれ、それらを実証、評価するために、「記録の見直し」「カンファレンスによりさまざまな人の捉えを聞く」「構造化したシートの活用」などを行います。したがって、ひもときシートの範囲はこの青の部分ということにな

ります。

認知症の人が起こす行動や言葉の背景にはある程度決まった要因があります。

それは、

- ①脳の器質疾患による機能障害が認知機能障害であるということ。
したがって、機能障害は原因疾患と裏腹の関係にあるということ。
(疾患やステージによって機能障害は変わってくる)
- ②認知症によって起きる基本症状(中核症状)は記憶(短期・長期)障害、見当識(時間、場所、人など)障害、実行機能障害、判断、計算、推測の低下、言語障害、失行、失認、感情のコントロール、感覚障害、運動機能障害など。
- ③人的環境、内的環境、物的環境、感覚刺激、などからの影響。
- ④その結果として心理行動症状(BPSD・周辺症状)が出現する。
- ⑤一方で、中核症状に及ぼす影響を何とか自分で処理しようとする結果としてBPSDが出現していると考え、認知症の人本人の行動や言葉は「要求、ニーズ」の表れ、「サイン・メッセージ」と解釈することができる。

No.10

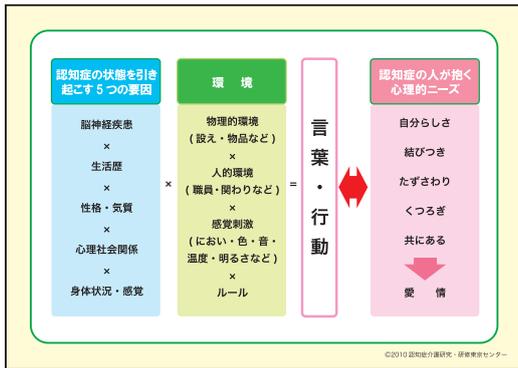
●●認知症ケアの理念●●

「パーソン・センタード・ケア」

「認知症」の人(みえ子さん)から
「認知症」の 人(みえ子さん) へ

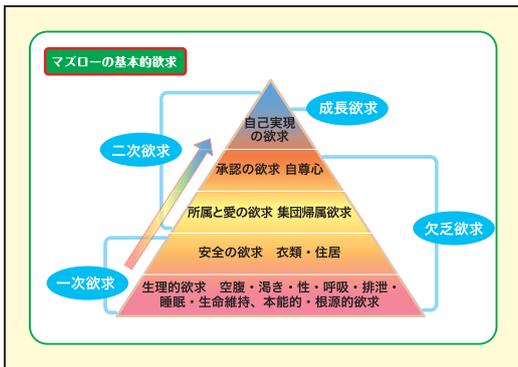
※ どこに重点・焦点・視点を置いてケアを工夫するか、創造するか

このシートのベースにはトム・キットウッドが提唱した、「パーソン・センタード・ケア」があり、「認知症」という、これまでの脳神経疾患への対応ではなく、「人」の部分にどうかかわるかによって、「思考停止」から「考え方・捉え方」の可能性を広げることができるというもので、認知症ケアは介護者がどこに焦点をあてて考えるかによって大きく差が出るといえます。病気のせいにしては、治療が可能でないことから、不可解な行動や言葉はすべて病気のせいにしてしまえば、あとは何も考えることや手を尽くすことがなくなるわけです。



トム・キットウッドは認知症の状態を引き起こす5つの要因をそれぞれ、

①脳の神経疾患 ②生活歴 ③性格・気質 ④心理・社会関係 ⑤身体的健康 これらの相互作用に環境や刺激要因が絡まり、認知症の人が抱く5つの心理的ニーズ ①自分らしくありたい ②結びつき ③たずさわり ④くつろぎ ⑤共にありたい その基本には「愛」があると述べています。行動や言葉はこれら心理的ニーズによって動機づけられ、引き起こされると考えています。

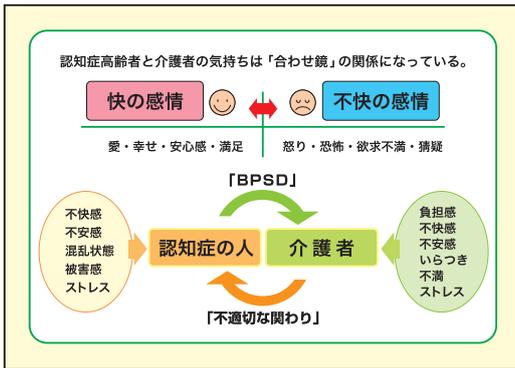


認知症の人が、「したい」「できる」という思いを持つ、しかし、現実には失われていたり、できないことであると、「したい」という思いと「できない」という現実の狭間で葛藤し、これまでの「人」の部分で積極的な行動ないし消極的な行動を示します。

たとえば、財布が見つからないとする。いつもは引き出しにしまっておくはずだ、ということに自信を持っている。しかし、財布は引き出しにはない。すると、誰かが盗んだ、隠したと納得する理由を作る。いわゆるもの盗られ妄想です。

また、このスライドを先ほどの8枚目のスライドと比較してみてください。介護者も認知症の人も葛藤を持ち、不安と混乱を自分で行うかしようとする結果、さらに混乱していることが判ります。

No.15



そのため、認知症の人と介護者はお互いが気持を映し合う、「合わせ鏡」であることから、介護者の負担感やイライラは認知症の人に映されて、認知症の人の混乱やイライラは介護者に映るといった関係がつくられます。

つまり、認知症の人と介護者の関係づくりがケアのベースにあるということです。

No.16



介護者は認知症の人の言葉や行動の背景にある要因や事実をひも解く「分析的理解」の段階です。

ここでは、スライドの11、12、13に示した、「認知症の状態をつくる5つの要因」や「環境」「中核症状に及ぼすさまざまな影響」そして、認知症の人が求める欲求、心理的ニーズなどを事実に基づいて整理をします。

そのツールとして、「思考展開エリア」を使います。

No.17

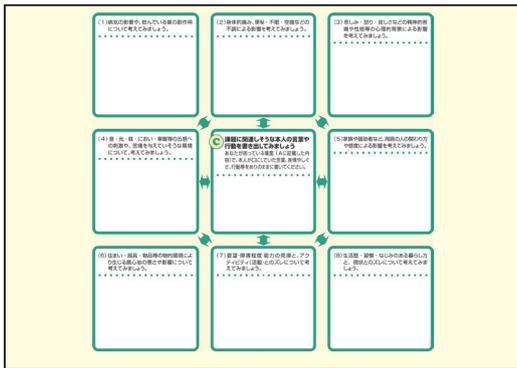
● 分析的理解

なぜだろう？何か意味があるのか？

いつもはどうだろう？

昔の仕事に通じることはあるのかな？

分析的理解の段階は、言葉や行動を要求や思いのサイン、シグナル、メッセージとして捉え、その背景にある要因やニーズを明らかにしていくことです。



分析的理解では、目に見える部分から目に見えない、聞こえない認知症の人の内的世界を関わりによって徐々にひも解いていきます。

思考展開エリアは、認知症の状態を作る5つの要因に環境が影響して、真ん中の言葉や行動との関係を洞察します。ここでは、

- (1) 疾病や薬の副作用等の影響。
- (2) 身体的痛み、便秘、不眠、空腹などの苦痛の影響。
- (3) 悲しみ、怒り、寂しさなどの精神的苦痛、本人の性格などからの影響。
- (4) 音、光、味、におい、寒暖など感覚的苦痛を与える刺激の影響。
- (5) 家族、介護者など周囲からの過剰、放置など極端なかかわりの影響。

(6) 残された機能と住環境など物理的環境からの影響。

(7) 残された機能に及ぼす日常生活活動の影響。

(8) 生活歴や価値観などを活かさない今の暮らしとのズレの影響。

など(1)～(8)と行動や言葉との関係を考えます。「ある、なし」を聞いているわけではありません。

一人で記入しても思いつかない場合は、他職員、多職種のカンファレンスと同時に活用してもいいです。

みえ子さんの例で(1)～(8)をみてみましょう。

介護者はこれまでのかかわりを通じてさまざまな推測を持っています。

ここでは、推測を出してみることで、背景を意識した視点を出し合うことです。

(1) 認知症の重症度の変化、既往症の再発、悪化、薬の副作用、食べ物との相互作用などの影響を考えます。

(2) 身体的健康という、内的環境について、特に身体の苦痛や疲労、生活リズム、排便、排尿、睡眠、脱水、空腹、めまい、耳鳴り、アレルギーなどによる影響を考えます。

(3) 性格、気質、対処スタイル、感情、思考など精神性について考えます。

(4) 認知機能障害によって、視覚、聴覚、味覚、臭覚、触覚といった五感に与える刺激が強すぎたり、弱すぎたりの影響を考えます。

(5) 他者からの関わりや自分からの働きかけ、家族や介護者との人間関係など人的な環境による影響を考えます。

(6) 身体機能・能力や認知機能と物理的環境との関係を考えます。今の能力では難しい、速い、複雑な道具や住環境、家具などが使いこなせないために混乱しているかもしれません。

(7) 身体機能や能力、認知機能や能力と日常生活のずれが起きて

いないかを考えます。

(8) 生活歴や価値観のほかに、宗教観、政治や経済的な時代背景、人生観、夫婦観など高齢者がこれまで歩んできたライフスタイルが現在も尊重されているかをみます。

No.19

みえ子さんの言葉や行動の背景がわかると、介護者が状況を客観化し、自らの課題を整理し、成長することができます。



No.20

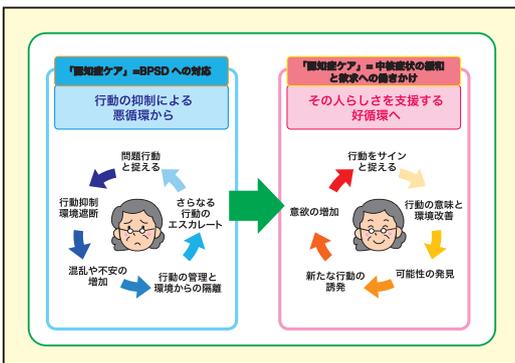
第3段階は、認知症の人の立場で考える。認知症の人の気持ちになるよう努力することは非常に難しいです。ややもすると、同情、同調、対決になってしまいます。もちろん、それぞれには意味がありますが、共感のつもりが対決していたのでは意味がありません。認知症の人の気持ちを変えようとするのではなく、介護者側が認知症の人の気持ちに近づくよう変わることがポイントです。ステップ1の評価的理解はシートのA・Bの記入です。ここでは、苦慮している介護者側の気持ち、望みを出します。

● 共感的理解

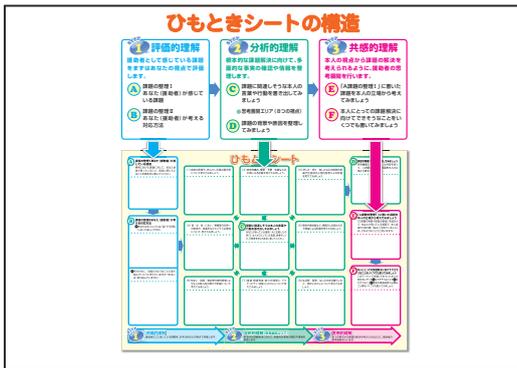
共感、同情、同調、対決
違いがわかりますか・・・？

No.21

認知症の人の行動を「問題」と捉え、抑えよう、変えようとする行動の抑制につながります。しかし、行動をサインとして捉え、行動の意味と環境改善により、認知症の人の可能性が見つかり、認知症の人が成長するという、「悪循環」から「好循環」への転換がこのシートの目的といえます。

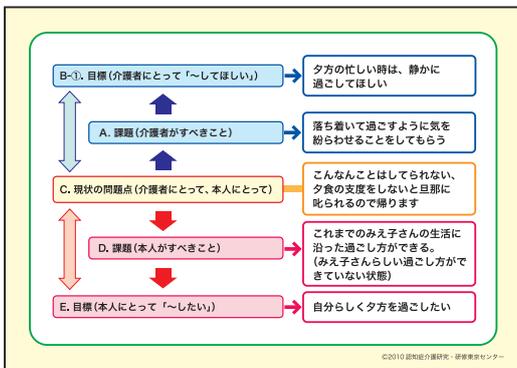


No.22



ステップ2の分析的理解はシートのC・D 思考展開エリアの記入を通じて、認知症の人の行動や言葉の背景を捉え直します。ステップ3の共感的理解はシートのE・Fの記入です。行動や言葉の背景がわかり、認知症の人の立場でも「～したい」を考え直します。別の表現ではステップ1は援助者本位の考えで記入されます。ステップ3は認知症の人本位で記入します。ステップ2は思考を転換するための「踊り場」にあたります。したがって、ここでしっかりとした事実の捉えができていないと、スムーズに思考転換はしません。そして、これらのプロセスを通じて、AはEに、BはFに変化することをこのシートでは期待しています。

No.23



www.dcnnet.gr.jp

ひもときねっと 活用法

ひもときねっと 検索

気づきを学ぶ

事例を探す

なるほどリンク

お役立ちコーナー

ダウンロード

ひもときシートを使ってみよう!

©2010 認知症介護研究・研修東京センター

2. ひもときシートの活用例

ここでは、ひもときシートを職場等で組織的に活用する方法を紹介します。

(1) チームトレーニングで使う

チームトレーニングの1つとして、カンファレンスでの活用が考えられます。たとえば、困難事例について担当者があらかじめ、ひもときシートをチームスタッフ全員に配布し、カンファレンスの場で各々の意見を出し、検討を深めることができます。

(2) セルフトレーニングで使う

かかわりが難しいと感じるケースについて、個人でどうしてかかわりが難しいと感じるのか、整理するために活用することができます。

(3) スーパービジョンで使う

ひもときシートを通してのスーパービジョンも活用法として有効なものの1つといえます。スーパービジョンでは、相手に目標を設定させた後、そのまま任せきりにしないで、途中で進捗状況を確認することが不可欠です。職員を信頼して仕事を任せることは大切なことですが、途中で本来の目標からそれ、失敗してからでは、修復が難しいからです。途中で確認する姿勢を見せることで、職員は一緒に取り組んでもらっていると感じ、安心できるのではないのでしょうか？

ただし、注意すべき点は、アドバイジングは「・・・すべき」つまり、(should)という考え方ですが、コーチングでは、「一緒に・・・」つまり、(let's)という考え方に立っています。相手に客観的な助言を与えるという点では共通していますが、コーチングでは、「部下を大切にし、部下が持っている素晴らしい可能性に期待し、部下から引き出す」という考え方を大切にしていることを理解しておきましょう。

(4) 認知症介護実践（実践者・実践リーダー）研修等で使う

ひもときシートは、認知症ケアに携わる者として、援助者が「困難」と感じていることについて、一定のプロセスを踏みながら、困難や課題と考えていることを明確にし、事実に基づいた情報の整理をしながら本人の求めるケアを導き出す（ひもとく）ことを目的としています。

そのことから、認知症介護実践（実践者・実践リーダー）研修においても、その研修目的である、

①介護専門職として自身の認知症介護に関する理念を明確にして、具体的に自分の言葉として構築でき、②認知症介護の知識を技術の振り返りに基づく新しい介護技術の習得、③その新しい認知症介護の知識と技術を実践に発揮できる力を習得すること（実践者研修）、④施設・事業所のリーダーとして他の職員を指導・支援するとともに、ケアチームを効果的・効率的に機能させる調整能力を有する指導者を養成すること（実践リーダー研修）であることを考慮しても、両研修で人材育成のために有効に活用できるものと考えられます。

3. グループ討議・演習の基本的な進め方

(1) グループの大きさ

各グループの人数は、5～7人程度が望ましいと考えられます。これ以上の人数だと、発言できない人が出てきたり、グループ内でファシリテーターや司会者が進行を調整することが難しくなる場合が出てきます。

(2) ファシリテーター（Facilitator）とは

グループでの作業を調整・進行する役割は、グループ討議や演習に慣れている参加者が多ければ、グループ内で任意に司会を決め、その人に担ってもらうことができます。しかし、そうでない場合は、調整・進行役がいないとグループごとの進行にばらつきが出てしまう可能性があります。そのような場合は、調整・進行役をあらかじめ決めておき、各グループに1人配置しておく必要があります。こうした役割を担う人を「ファシリテーター」といいます。

グループ参加者の心の動きや状況を見ながら、実際にプログラムを進行するファシリテーターの媒介によって、参加者の本来的な学びが促進され、体験したことを次のステップへと、結びつけることが容易になります。ファシリテーターは、中立的な立場でグループの調整・進行に努め、グループのチームワークを引き出し、そのグループの成果が最大化するよう配慮することが大切です。

(3) ファシリテーターの役割

ファシリテーターの役割は、グループで演習を行う場合は、演習の目的や作業内容がグループの構成員に理解されているか確認したり、グループ討議が円滑に行われるように促したりして、調整と進行を図ることにあります。具体的な役割としては、次のようなものがあげられます。

- ⇒ 時間を見てグループ内の作業を進行させる
- ⇒ 意見がたくさん出るように、グループの緊張をほぐし、盛り立てる
- ⇒ 演習の目的を理解していない人や、誤解している人に正しい内容を伝える
- ⇒ 知識と体験を統合できるような素材の提供をする
- ⇒ 体験を、より大きな気づきへと導く
- ⇒ 参加者自らが主体的に考えられるような援助をする
- ⇒ 批判的な発言や偏った意見を言う人には、発言を受け止めたうえで、別の視点を提供する
- ⇒ 進行に応じて議論の内容を整理する
- ⇒ 討議が停滞している場合は、議論の呼び水となるようなコメントをする

ちよつと一息

心の健康コラム 2

🌸 ストレスへの気づき方

みなさんストレスという言葉をよく使うのではないのでしょうか。しかし、一つひとつのストレスについて客観的に考えたり、心身の変化に気を配っているわけではないと思います。多くのストレスは些細なことで、心に余裕があるときには気にならないこともあります。些細な出来事が重なりイライラや不安がつると、日常生活や仕事に支障をきたすこともあります。些細な出来事が積み重なり対応できなくなると、突然感情があふれ出しコントロールを失うこともあります。日頃気をつけたいことは、「心に余裕はあるか」「今抱えているストレスにどれだけ対処できるか」「見通しは立っているか」です。対処困難なストレスを抱えたまま仕事をすると、焦りや不安から注意散漫となり、普段ならしないミスをしてしまう危険や、言葉や態度からイライラが伝わり同僚や利用者との関係がぎくしゃくしてしまう場合もあります。また、仕事のストレスとプライベートでのストレスが重なって不調になることが多いです。

Ⅴ 認知症の理解





認知症の理解

1. 認知症を理解する

(1) 認知症ケアの歴史とこれからのケア

認知症のケアは、当初身体介護中心・問題対処型ケアでしたが、その後アクティビティ中心の集団対応型ケアに移行し、近年では認知症の、「人」を中心に支援するというパーソン・センタード・ケアの考え方が浸透し始めました。ここではこれまでのケアの歴史を振り返り、これからのケアのあり方について考えていきます。

○ 身体介護中心・問題対処型ケアの時代

認知症ケアの歴史において、私たちは認知症の人のことを何もわからなくなった人と考えてきました。介護は三大介護と呼ばれる「食事」「入浴」「排泄」という身体介護中心であり、同じ時間に一斉にケアを行うという大規模な集団対応的なケアが行われてきました。また認知症の人のさまざまな症状や行動が介護を困難にさせるやっかいものと考え、その症状や行動をいかに抑えていくかということを中心に考え、安易な抑制などが行われてきたのです。認知症の人の徘徊への対処として回廊式の施設が増えたのもこの時期です。

○ アクティビティ中心の時代

その後、認知症のケアでは、さまざまなアクティビティプログラムが展開されるようになります。施設やデイサービスでは、音楽や絵画、書道、工芸、園芸などさまざまなプログラムを用意し、ボランティアの講師などの力も借りながら、さまざまなアクティビティが行われるようになりました。三大介護中心から比べるとケアはずいぶん前進しましたが、問題なのは、さまざまなアクティビティプログラムを個人が選択するのではなく、そのプログラムに個人を合わせていきたいという点にあります。

○ その人を中心に据えたケアの時代

近年になると大規模ケアの反省の中から、グループホームやユニットケアなどが認知症ケアに有効であるといわれ始めました。

イギリスの心理学者であるトム・キットウッドは、これまでの介護者中心のケアに対し、これからのあるべきケアの姿を「その人を中心に据えたケア (パーソン・センタード・ケア)」という言葉で表しました。これは認知症の人の声に耳を傾け、人生の物語を知り、その人らしく生きていくための支援をすることが、これからの認知症ケアのあるべき姿であることを提唱したものです。最近ではこの考え方が認知症ケアの主流になっています。

(2) 認知症の人の心理

認知症の人は、何もわからないわけではなく、さまざまな苦悩を抱えながら生活しています。その原因は、もの忘れや見当識の障害など、中核症状と呼ばれるものが背景にあって起こるものとして理解することが大切です。ここでは、認知症の人の生活体験を理解し、その心理を理解して行くことが目的です。

○ 中核症状を理解する

アルツハイマー型認知症の人に共通してみられる中核症状には、いくつかの種類があります。代表的なものとして、もの忘れに代表される「記憶の障害」があり、直前のことを忘れてしまいます。もの忘れを責めず、根気よく対応することが必要です。また、さまざまな見当がつかなくなる「見当識障害」も特徴であり、時間や場所、人の見当がつかなくなってくるため、環境の調整や時間感覚をわかりやすくする工夫が必要となります。さらに物事の手順がわからなくなる「実行機能の障害」に対しては、ひとつずつ手順を踏んだ言葉掛けが有効となります。

○ 認知症の人が抱える心理的な問題

慢性的な不快感

私たちは自分の思いどおりにならないことが多いとイライラします。特に認知症の人の場合には日常的に思いどおりにならないことが多いのです。

不安感

私たちは道に迷うと不安になります。また自分が昨日のことを思い出せないとしたら不安になるでしょう。認知症の人にはこのような状態が日常的に起こっているわけですから、非常に強い不安感をもっていることになるのです。

自発性の低下やうつ状態

ほめられれば嬉しくなり、思いどおりにならなかったり、怒られたりすると落ち込むものです。認知症の人は、自分の思いどおりにならないことが増え、人から怒られることも増えることから落ち込んでしまうのです。

混乱

判断力が低下して自分が何をしようかわからなくなると混乱することになります。

感情の変わりやすさ

ストレスがたまると怒りっぽくなるのは誰でも同じです。認知症の人は大きなストレスを抱えて生活しており、ちょっとしたことで感情的になりやすいのです。

(3) 認知症の原因疾患と行動・心理症状（BPSD）

認知症を引き起こす疾患を原因疾患といい、認知症にはいくつかの種類があります。主なものにはアルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症などがあります。また、かつて問題行動と呼ばれた症状は、現在では行動・心理症状（BPSD）と呼ばれるようになりました。ここでは、認知症という病気を理解し、BPSDの基本的なとらえ方を理解することが目的です。

○ 認知症の種類

認知症の半数以上を占めるアルツハイマー型認知症は、脳の病的な萎縮を示す認知症であり、その原因はいまだによくわかっていません。ゆっくりと発症し、全般性の認知症の症状を示し、確実に進行していくのが特徴です。次に多いのは、脳卒中や脳梗塞が原因で起こる血管性認知症であり、認知症の約3割を占めています。発作とともに比較的急に症状が現れ、しっかりしている部分とそうでない部分がまだら状に症状として現れ、再発作のたびに階段状に進行していきます。また、レビー小体型認知症は、認知症の約1割を占めています。他の認知症と違い、パーキンソン症状と幻視を伴うのが特徴です。

○ 問題行動という呼び方の問題

徘徊や妄想、攻撃的行為、不潔行為など、認知症の人の示すさまざまな症状は、かつて「問題行動」と呼ばれてきました。しかし、この呼び方は、介護を困難にさせるやっかいな行為という意味で使われ、介護者視点であって本人の視点には立っていないと批判されるようになりました。その後は「行動障害」と呼ばれるようになりましたが、これらの行動は、認知症の人なりの目的に添った行動だったり、不適切なケアに対する反発として現れると考えられるようになり、この用語も適切ではないと考えられるようになりました。

○ 行動・心理症状（BPSD）

最近ではこれら一連の症状を認知症の行動・心理症状（BPSD）と呼ぶようになってきました。BPSDには、徘徊や攻撃的行為のように行動に現れる「行動症状」と、幻覚や妄想のように、話の中で明らかになる「心理症状」とに分類されています。BPSDは、認知機能の障害が原因で起こる症状であり、認知症の進行のすべての段階で1つ以上の症状が出現することがわかっており、認知症の中核症状よりも介護者に負担を与える症状といわれています。

(4) 行動・心理症状（BPSD）の理解と対応

認知症の中核症状は、アルツハイマー型認知症の人すべてに共通してみられる症状です。しかし、すべての認知症の人が徘徊するわけではなく、みんながもの盗られ妄想をもっているわけではありません。同じ程度の認知症の人でも、ある人は徘徊し、ある人は妄想が起こります。ここではなぜBPSDが起こるのか、何がその症状を起こさせるのかの基本を理解することが目的です。

○ BPSDの出現原因

認知症の中核となる症状は、認知機能の障害です。この中核症状に身体的要因や心理的要因、環境要因、社会的要因などが加わってBPSDが出現することになります。したがって、徘徊が起こったからといって一緒について歩いたり、物盗られ妄想が起こったからといって一緒に探すような画一的な対応をしても、問題解決には至りません。つまり、その原因を知り、その原因に対する対処を考えなければ、根本的な解決には至らないのです。たとえば物盗られ妄想の背景に認知症の人の不安感がある場合には、一緒に探す行動をとるのではなく、不安感を解消するケアを組み立てる必要があります。このように、その背景にある要因を考えなければ、ケアは認知症の人に届かないのです。

○ 作られたBPSD

BPSDは、認知症の人の要因だけで出現するだけではなく、時には介護者との関係性によってつくられることがあります。基本的には、中核症状にさまざまな要因が加わってBPSDが出現するのですが、BPSDがみられることによって介護者も混乱を示すのです。一般に対応に苦慮するのは、中核症状よりもBPSDであるといわれています。つまり、認知症の人にBPSDが出現すると介護者の負担は増え、イライラしたり不安になったり、ストレスを感じることも増えてきます。そのような心理が不適切なケアを生むことになり、その不適切なケアが認知症の人のBPSDを悪化させていくという悪循環が生まれるのです。

○ 虐待は不適切ケアの延長線上にある

このような悪循環が続くと、介護者は疲れ果ててしまい、虐待など最悪の事態につながることもあります。専門職の人がこのような悪循環に陥りそうな時には、自己コントロールが必要になります。また在宅介護者に対しては、その悪循環を断ち切るための家族ケアが必要になってくるのです。

認知症介護研究・研修仙台センター 認知症高齢者介護家族への個別相談対応のための研修システム構築事業
「認知症の理解と家族支援」スキルアップ研修テキスト講師用より引用

2. 中核症状とは

脳の細胞が壊れることによって、その細胞が担っていた機能が失われたために生じる症状で、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能の低下などの直接起こる症状をいう。

- ・ 認知機能障害による症状。
- ・ 病気等により脳の細胞が壊れ、直接起こる症状。
- ・ 認知症の人に必ず認められる認知機能の障害。
- ・ 脳の器質的な障害によって引き起こされる。

記憶障害

記名力、記憶保持、想起力が低下する。新しいことが覚えられない。以前のことが思い出せない。即時記憶→近時記憶→遠隔記憶の順に失われやすい。

- ・ 新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害。
- ・ 同じことを言ったり聞いたりする。
- ・ しまい忘れや置き忘れが目立つ。
- ・ 記憶の内容や程度は問わないが、新しく重要なことも覚えにくくなる。
- ・ さっき聞いたことが思い出せない、覚えていたはずの記憶が失われる。
- ・ 直前や数分前に起きたことも忘れる。
- ・ 「記銘」「保持」「追想（あるいは想起）」の障害、即時記憶、短期記憶の障害が目立つ。
- ・ 長期記憶は保たれていることが多い。
- ・ 最近聞いた話を繰り返していうことができない。

見当識障害

記憶障害、理解力と判断力の低下のために時間・場所・人物の見当がつけられなくなる。

- ・ 時間、場所、人物に関する見当識が失われる。
 - （時間に対する見当識）日時や季節などの時間的なことについての認識。
 - （場所に対する見当識）今いる場所はどこであるかの認識。
 - （人物に関する見当識）目の前にいる人物は誰であるかの認識。
- ・ 道順などがわからなくなる。
- ・ 時間的な事柄、今いる場所、他人あるいは自己に関する認識の障害。
- ・ 時間の概念がない（時間、午前か午後かさえも）。いつも日にちを忘れている。

失語

聴覚障害や構音障害がないのに、言語の理解と表現が障害される場合がある。言語の理解はできるが、自発言語、言語復唱ができない症状を運動失語といい、言語の理解、復唱はできないが、自発言語はできる症状を感覚失語という。

- ・自分の話したいことを上手に言葉にできなかつたり、滑らかに話せない。
- ・言葉のやりとりができない。
- ・聴覚や構音機能などの障害がないのに、言語の理解や発語ができなくなる。
- ・ものの名前がわからなくなる。
- ・相手の話（質問や会話の内容）が理解できない（言語理解の障害）。
- ・文字を読んだり、書いたりすることができない。

失行

四肢の知覚、運動機能は保たれているのに、一定の目的・行為を正しく行うことができない状態をいう。

- ・日常的に使っているものを正しく使えない。
- ・歯ブラシの持ち方を間違える、歯磨きの手順を間違える（観念性失行）。
- ・ボタンをはめられない、箸を使えない等、手先を使った細かい行為をすることができなくなる（肢節運動失行）。
- ・衣服を正しく着ることができず、裏表や前後を間違えたり、反対側の袖に手を通そうとする（着衣失行）。
- ・運動機能は正常であるのに、動作を行う能力に障害があり、目的にかなった行動ができにくい状態。
- ・普段している動作であっても、指示されないとできなくなる（トイレの水洗を流せない等）。
- ・日常の動作がぎこちなくなる。

失 認

感覚の径路を通して、対象を認識できない障害をいう。

- ・ものの形や色がわからない。
- ・親しい人を認知できない（相貌失認）。
- ・長針と短針のパターンから時刻を判定できない（時計失認）。
- ・感覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象を認識または同定できない。
- ・日常使用しているものを触っても、それが何かわからない（触覚失認）。
- ・何指なのかわからない（手指失認）。
- ・自分の身体の部分への認知ができない（身体失認）。
- ・空間における物の位置や、物と物との位置関係がわからない（視空間失認）。
- ・鏡に映っている人物が誰なのか認識できない。

実行機能障害

計画を立てたり、順序立てる、物事を具体的に進めていく能力が損なわれることをいう。

- ・物事の計画を立てる、順序立てる、手順を踏む作業ができない（例えば料理）。
- ・機械を操作する、按配をする等ができない。
- ・ある状況に置かれたときに、その状況を総合的に観察し判断し、それに相応しい適切で的確な行動をとる機能が障害されている状態。
- ・計画的にものごとを実行できなくなる。
- ・家電や自動販売機やA T Mなどが使えなくなる。

判断の障害

日常生活や職業に関連した問題を手順よく計画的に処理できないことをいう。

- ・寒くても薄着のまま外に出る等、気候にあった服が着られない。
- ・真夏でもセーターを着ている。
- ・筋道を立てた思考ができなくなる。
- ・物事の適切な判断ができなくなる、混乱する。

3. 疾患別認知症の特徴とケアのポイント

(1) アルツハイマー型認知症

○ 特徴

もっとも多い認知症の原因疾患。異常な蛋白が神経細胞内外に蓄積し、神経細胞が脱落し、脳が萎縮します。以下のような特徴的な症状がみられます。

- ・ 記憶障害：さっきの出来事記憶の障害から始まることが多く、最近の身の回りで起こったことをすっかり忘れてしまう。生活面では同じことを何回も言う、仕舞い忘れや置き忘れなどの行動としてみられやすい。
- ・ 見当識障害：多くは、記憶障害に次いで出現する。一般的には、時間、場所、人物の順番で見当識が障害される。日付を何度も確認するなどの行動がみられる。
- ・ 失認：感覚障害がないにもかかわらず、物を認識し同定できなくなる。物体認知の障害により、物をみても何か解らない。相貌認知障害は、顔を見ても、誰か解りにくくなる。色彩が解りにくくなることもある。
- ・ 失行：運動機能の障害がないにもかかわらず、目的の行動を遂行できなくなる。多くは、アクセサリーを身につけたり、ネクタイの付け方が解らなくなり、服を上手に着られなくなる。手の洗い方、タオルに石けんのつけかたが解らなくなる。服を着替えるのがおっくうになる。進行すると、トイレの水の流し方が解らない、お風呂のお湯の張り方が解らないなどの変化がみられる。
- ・ 失語：簡単な物の名前が出にくくなるという喚語困難が特徴的な症状としてみられることが多い。その他に迂回操作という回りくどい表現がみられることもある。漢字は読むことができても、意味がわからないことがしばしば起きる。
- ・ 判断力障害：実行（遂行）機能障害の1つで、状況を判断することが障害される。
- ・ 視空間機能障害：空間的な位置関係がわかりにくくなる。時計描画や立方体の絵をうまく書けない、車を運転していて擦り傷などが増えるなどがみられる。

○ 精神症状

- ・ 妄想（もの盗られ妄想）、幻覚、うつ状態、意欲低下、猜疑心、不安感、感情のコントロールがうまくできない。

○ アルツハイマー型認知症ケアのポイント

- ・ アセスメントのなかで現存している能力、つまりできることとできないことを見極めることが最初です。
- ・ できないことは訓練しても回復しません。却ってその人の自信と誇りが失われてしまうことを理解しましょう。

- できることがわかれば、そのひとにとって嬉しいことや楽しいことを考える助けになり、自信をもってもらえることにつながります。
- 手続き記憶（スキルと呼ばれる身体で覚えた記憶、水泳や自転車の乗り方など）、意味記憶（言葉の意味や常識的なことから）は出来事記憶に比べて保たれやすいという特徴があります。ケアプログラムに活かしましょう。例えば、視空間認知の障害の強い人にとって、積み木を作ったり、絵を描くことは苦痛になります。
- ユーモアや感情は保たれているので、集団でのケアのなかで他の方とのなじみの関係をつくり本人の「居場所」をつくっていくことで、自分を取り戻すことも少なくありません。楽しいことも覚えやすいのです。
- ケアが上手くいかない、参加してもらえないと悩む前に、その方の症状を理解して、参加できるプログラムであるかどうか、参加しやすい雰囲気であるかどうかを考えてみましょう。

(2) 血管性認知症

○ 特徴

脳梗塞や脳出血などの脳血管障害のあとに認知症が現れた場合をいいます。アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症とともに認知症の4大原因疾患です。症状は梗塞などが起きる場所によってさまざまです。日本では大きな梗塞のあとに認知症が現れるタイプよりも小さな梗塞が多数起こり、その後に認知症になる例が多いといわれています。身体症状では麻痺が見られないこともあります。嚥下困難や構音障害、小刻み歩行などの歩行障害を伴います。共通してみられる一番の特徴は自発性の低下です。そして、感情失禁といって悲しくないことでも泣き出したり、おかしくないことでも笑い出したりなど感情のコントロールができにくくなります。

○ 精神症状

- 意欲の低下、自発性の低下：反応が遅い、無気力、沈んだ気分がみられる。
- 感情失禁（突然笑う・泣くなど）がある。
- 夜間せん妄 など

○ 身体症状

- 動脈硬化のリスク（高血圧症、心疾患、糖尿病など）。
- 老年期によくみられる病態（脱水、感染症など）。

○ 血管性認知症ケアのポイント

- 高血圧症や心疾患、糖尿病などの動脈硬化のリスクになる合併症の治療と脳血管障害の再発予防がもっとも重要です。そして、デイサービスやデイケアの積極的な利用など自発性の低下のため廃用性の変化が進まないような関わりが必要です。

(3) レビー小体型認知症

○ 特徴

異常なたんぱく質が脳の神経細胞内に蓄積し、主に脳幹に現れるとパーキンソン病になり、さらに大脳皮質にまで広がると、レビー小体型認知症になります。ただし、原因は今のところ十分にわかっていません。症状の特徴として、認知症に加えて、具体性のある幻視が現れます。そして、頭がはっきりしている状態とボーッとしている状態が入れ替わり起こることが1日の中や日によってみられるようになります。3番目の特徴は、手の震え、手足や筋肉のこわばり、動きの鈍さ、小刻み歩行、無表情などのパーキンソン症状があらわれます。身体の症状として、この他に自律神経の障害のために起きる起立性低血圧による立ちくらみのために転倒しやすくなります。また、特に抗精神病薬に対する感受性が高くなり、効き過ぎがちになることがあります。レム睡眠行動障害という夜間睡眠時に寝ぼけのような異常行動や興奮状態が見られる場合があることも特徴です。

○ 精神症状

- ・ 幻覚、とくに幻視。
- ・ 体系化した妄想。
- ・ 幻覚、妄想に基づく不安、焦燥、興奮、異常行動。
- ・ 意欲低下など。

○ 神経症状

- ・ パーキンソン症候（固縮、振戦、小刻み歩行など）。

○ その他の症状

- ・ 繰り返す転倒、失神、抗精神病薬に対する感受性亢進。

○ レビー小体型認知症ケアのポイント

まずは転倒の予防が必要です。そして、注意力が散漫だったり、集中力がなく、混乱がひどいときには見守り、周囲の状況を把握できているようなはっきりしているときには積極的にいろいろなプログラムに参加してもらいましょう。

(4) 前頭側頭型認知症

○ 特徴

アルツハイマー型認知症に比べればまれな病気です。前頭葉もしくは、側頭葉もしくは両者に限定された障害によります。以下のような症状が特徴としてみられます。

- 早期から車の運転時の信号無視や万引きなどゴーイングマイウェイで生活をするという性格変化が起き、社会性の消失や社会的なルールの無視という形で生活上に現れます。認知症の原因のなかではもっとも性格変化が激しく現れます。易怒、不機嫌、爽快なども認められ、人を無視した態度、人に非協力的な態度、不まじめな態度、ひねくれた態度、人をばかにした態度などが目立つようになります。場所や状況に不適切と思われる悪ふざけや、配慮を欠いた行動をしたり、周囲の人に対して無遠慮な行為や身勝手な行為としてみられることもあります。しかし、本人に自覚はありません。40代でこのような症状がみられると統合失調症と誤診されることもあります。
- 常同行動：毎日同じ行動を繰り返し、時刻表的な生活になります。1年間毎日同じメニューしか作らなかったという例もあります。このような行動の制止は本人を混乱させます。毎日、同じもの、特に甘いものしか食べない場合もあり、際限なく食べる場合もあります。
- 手続き記憶、出来事記憶、視空間認知能力は比較的保たれます。
- 言語の障害：会話や質問の内容とは無関係に、同じ内容の話を繰り返したり、おうむ返しを続けたりする滞続言語といわれる症状が認められます。この症状は持続的で、制止できません。簡単な言葉の意味を理解することができないという語義失語は意味性認知症という前頭側頭型認知症と同じカテゴリーの病気で特徴的にみられます。

○ 精神症状

- 被影響性の亢進：マネをしないでと言っても、マネするなど他人の行動に影響される。
- 脱抑制：信号無視、万引きなど、反社会的な行動が目立つ。
- 常同行動：毎日同じ行動を繰り返し、時刻表的な生活になる。
- 自発性の低下、特定のものに執着する。

○ 前頭側頭型認知症ケアのポイント

- 視空間認知や出来事記憶、手続き記憶は保たれているので、それらを活かすようにします
- 被影響性の亢進や常同行動をうまく活かして、好きな作業や日々の生活パターンを取り入れて、これまで対応に苦慮していた行動から、新たな生活パターンを獲得するようにすることで比較的スムーズに対応できることもあります。
- 入浴や歯磨きなどといった身のまわりの清潔を保持するための行為は、習慣化されていないと、進行した後にはとても苦勞することになりがちです。
- この病気では同じコースを歩くという意味で徘徊ではなく、周回という呼称が使われることもあります。初期では道に迷うこともなく、時間が立てばたいてい自分で戻ることができるので、妨げないで危険なコースを歩いて行かないかを見守ることが大切です。

日本認知症ケア学会「地域における認知症対応実践講座」を改編

4大認知症疾患の特徴

	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症（ピック病）
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 近時記憶・エピソード記憶の障害が多い 見当識障害・視空間認知の障害 失語失行失認など 場あわせ、取り繕い反応 	<ul style="list-style-type: none"> 脳の損傷部位・程度により異なる 比較的保たれている部分とそうでない部分がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 注意や覚醒レベルの変動と関係する認知機能の動揺 具体的で詳細な内容の幻視 パーキンソン症候群 	<ul style="list-style-type: none"> 前頭側頭型認知症（社会的行動や人格の異常）→ピック病 進行性非流暢性失語（言葉を流暢に発することが出来なくなる） 意味性認知症（利き手を挙げてと言われ「利き手って何？」） 前頭葉と側頭葉に萎縮 早期から性格変化、社会性の消失 手続き記憶、エピソード記憶、視空間認知能力は保たれている
精神症状	<ul style="list-style-type: none"> 妄想（物盗られ妄想） 意欲低下 易怒性 	<ul style="list-style-type: none"> 意欲の低下、自発性低下、感情失禁、夜間せん妄など。再発することが多く、しかも、そのたびに階段状に悪化する（脳血管障害の再発を予防） 	<ul style="list-style-type: none"> 幻覚、特に幻視 体系化した妄想 幻覚・妄想に基づく不安、焦燥、興奮、異常行動、 注意明晰さの著名な変動 注意低下 など 	<ul style="list-style-type: none"> 被影響性の亢進（まねをしないでと手を上げるとまねしてしまう） 脱抑制（反社会的な行為） 常同行動（時刻表的な生活） 自発性の低下 特定のものに執着する
身体症状	<ul style="list-style-type: none"> 老年期によくみられる病態（脱水感染症など）→常に観察し、発見の遅れがないようにする（自らの訴えが少ない） 	<ul style="list-style-type: none"> 動脈硬化のリスク（高血圧症・心疾患・糖尿病など） 老年期によくみられる病態（脱水、感染症など） 	<ul style="list-style-type: none"> 繰り返す転倒・失神 抗精神病薬に対する感受性亢進 CT、MRI 画像で特異所見がないことが多い。 後頭葉で脳循環代謝の低下 	<ul style="list-style-type: none"> 特徴的な身体症状はなし
神経症状	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺や固縮（筋強剛）など局所神経徴候は初期にはみられない（パーキンソン症状なし） 	<ul style="list-style-type: none"> 排尿障害、歩行障害、麻痺、病的反射、仮性球麻痺に伴う嚥下障害、構音障害）、パーキンソン症候群など。 錐体外路症状である構音障害と排尿障害のある人は嚥下障害を合併し誤嚥性肺炎を起こすリスクが高い 	<ul style="list-style-type: none"> パーキンソン症候群がある（固縮・小刻み歩行） 	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺や固縮など局所神経徴候は初期にはみられないことが多い。 運動ニューロン型では上肢に顕著な筋力低下と筋萎縮がみられる
現存能力の活用や症状へのアプローチ治療・ケアのポイント	<ul style="list-style-type: none"> 認知症があっても保たれる能力を活用する。手続き記憶（体で覚えた記憶、スキル）や意味記憶（長く保存された知識の記憶）は比較的保たれやすい 感情は豊かでユーモアは保たれている 現存能力を評価し治療プログラムを作成する（例・視空間障害がある時には絵画や書字訓練を実施すると混乱と苦痛を与える） 本人に保たれている能力を活かして楽しめるプログラムを 	<p>精神症状</p> <ul style="list-style-type: none"> 自発性の低下を防ぐ。 精神活動性を上げるためのデイケアの活用、薬物療法 呼びかけに反応が遅い時→本人のペースに合わせる 夜間せん妄→規則正しい昼夜の生活リズム <p>身体症状</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳血管障害の再発の予防→・抗血小板薬、脳循環代謝改善薬の服用 動脈硬化のリスク因子管理、脱水の予防 <p>神経症状</p> <ul style="list-style-type: none"> 嚥下障害による誤嚥性肺炎予防 廃用性症候群を防ぐリハビリ 転倒の予防 	<p>精神症状</p> <ul style="list-style-type: none"> 幻視、幻聴、妄想に対する治療 抗精神病薬は症状の悪化を招くので慎重に <p>神経症状</p> <ul style="list-style-type: none"> パーキンソン症候群治療 抗パーキンソン病薬は精神症状の悪化を招くので慎重に <p>状態の良い時に食事や入浴、リハビリ等を重点的に行う。状態の悪い時は誤嚥や転倒に注意</p>	<p>現存能力を活かしたケア</p> <ul style="list-style-type: none"> 手続き記憶、エピソード記憶、視空間認知能力を活かした場面の設定 <p>精神症状をよく把握したケア</p> <ul style="list-style-type: none"> 被影響性の亢進、常同行動をリハビリに活用する 立ち去りにくい環境設定 本人が興味を示す材料や道具を準備しておく 失敗のない好きな単純作業→複雑な生活動作へ 外出を妨げない（初期は道に迷うことがない）

 ストレスマネジメント

ストレスの感じ方には個人差があるので、日頃から自分の心の状態をチェックすることがとても大切です。多忙のあまり心身の変化に気づかないでいると、胃潰瘍やストレス性疾患で倒れてしまうことになりかねません。心身が悲鳴をあげる前にストレスに気づき、心身の健康のために何らかの措置を講ずることが必要です。このように予防的にストレスにかかわることを、「ストレスマネジメント」と呼んでいます。ストレスマネジメントに第一に重要なのは、自分をよく知ることです。誰もが心は元気だと思いたいし、元気でなければと思いきこんでいるので、心のだるさはなかなか自覚しにくいものです。周りに気を配り過ぎて疲れていませんか？一人で頑張りすぎていませんか？自信が持てずに人からの評価ばかり気にしていませんか？

ストレスは身体の不調として自覚しやすいです。眠りが浅いことや眠れないこと、朝の目覚めがすっきりしないことも心にだるさが潜んでいる証拠でもあります。また、食欲など欲求の低下も考慮する必要があります。これらを放置すると、不定愁訴(病気としてはまとめられない漠然とした体の不調の訴え)が生じ、心身症や仮面うつ病(うつ病としての精神症状が身体症状として強くあらわれる)に陥る危険が高くなります。心のだるさを早めに自覚して、身体を休めることが重要です。それが心を休めることにもなります。

4. 認知症ケアにおける薬の理解

(1) 高齢者にみられやすい薬剤の副作用

高齢者の疾患には表①のような特徴があるとされています。高齢になると体脂肪の相対的な割合が増加し、細胞内水分の相対的な比率が減少するという特徴があります。いわば、高齢者は潜在的に脱水状態にあるということもできます。

そのために、容易に水分と電解質のバランスが崩れ、精神症状が発現しやすくなります。同じ薬を服用していても脱水が加わったりして、認知症と紛らわしい状態が現れたり、意識障害を起こすなどの思わぬ副作用がみられることもあります。また、加齢に伴って血中アルブミン量が低下し、遊離型の薬物濃度が上昇し、薬物の半減期が延長することもあります。向精神薬のほとんどは脂溶性なので、体脂肪の割合が増加すると、薬物が脂肪に拡散して作用が続く時間が延びることにもなります。さらに、腎臓や肝臓のクリアランス（臓器における、老廃物の排泄の能力を表す指標）が低下するため、血中の薬物濃度が高くなりやすくなります。

高齢者が多くの病気を持っているということは、それぞれの病気の治療のために多種類の薬剤を同時に服用することとなり、薬剤の相互作用が起きやすい状態になります。表②では、認知症やせん妄、うつ状態、幻覚などを起こしやすい薬物を示しています。

表① 高齢者にみられる病気の特徴

① 高齢者に特有な病気がみられる
② ひとりで多くの病気をもっている
③ 重症化しやすく回復が遅れやすい
④ 個体差が大きい
⑤ 症状が非典型的である
⑥ 水・電解質の異常を伴いやすい
⑦ 身体疾患であっても精神症状を呈しやすい
⑧ 薬物の副作用がみられやすい
⑨ 患者の予後に社会的環境の影響が大きい

（出典）平井俊策「代謝面からみた高齢者における心身障害の相関」老年精神医学雑誌 16: 647-652, 2005

表② 高齢者に認知症に似た症状をもたらす可能性のある薬剤

薬の種類	抑うつ	もの忘れ	せん妄 (意識障害)
① 一部の降圧薬	○	○	○
② 抗不安薬	○	○	○
③ 睡眠薬		○	○
④ 古い型の抗うつ薬（三環系）		○	○
⑤ 一部の抗精神病薬	○	○	
⑥ H ₂ ブロッカー	○		
⑦ H ₂ ブロッカーを含む抗ヒスタミン薬		○	○
⑧ 抗パーキンソン病薬		○	○
⑨ 甲状腺の動きを抑える薬	○		
⑩ 抗てんかん薬		○	
⑪ 副腎皮質ステロイド			○
⑫ 一部の抗不整脈薬			○
⑬ 一部の気管支拡張薬			○

(出典) 信濃毎日新聞 2010年10月22日, (秋下雅弘, 東大病院老年病科准教授による)

(2) 介護者が留意すべきこと

認知症の症状をはじめとして、さまざまな精神症状のある高齢者は、服用している薬の影響を受けやすいといえます。本人の健康状態をできるだけ良い状態に保つことは介護の基本ですが、そのためにはまず、服用している薬を把握することが大切です。幸い、最近では以前に比べて「お薬手帳」なども普及してきており、本人がどのような薬を飲んでいるのか比較的簡単に把握できるようになりました。それぞれの薬をきちんと服用できているのかを確認することも重要な支援になります。

しかし、実際には、認知症の人が自分自身で薬の管理をすることも多く、飲み忘れがあってもそのままにしているケースがしばしばあります。血圧がどうも不安定だと思っていたら、降圧薬をきちんと服用できていなかったということは珍しくありません。服用している薬の効果や副作用を理解しておくことは難しいかもしれませんが、とくに、本人の状態に変化があったときには、薬の種類や量が変わっていないかどうかを確かめる習慣をつけましょう。

施設であれば、入居者の日常の生活に接する時間が一番多いのは介護職です。在宅で暮らす高齢者の場合も、最近では独居高齢者や高齢者のみの世帯が増えています。今後はますます介護職が気づきを持つことが重要になってくるでしょう。表③では、服薬に関して介護職が留意すべき点をまとめました。

表③ 服薬に関する介護者の留意点

① 服用している薬を把握する
② 服用している薬の、特に注意しなければいけない副作用を確認する
③ 服用している薬の飲み合わせが問題ないことを確認する
④ 服用している薬と注意が必要な食事の内容を確認する
⑤ 主治医の指示どおり服薬できているか確認する
⑥ 体調や精神症状の変化があった時には、服用している薬が変わっていないかどうか確認する
⑦ 普段服用している薬であっても、熱があるときや脱水があったりすると副作用が現れやすくなることを理解する
⑧ 主治医と相談して、服薬回数をできるだけ減らしてもらう
⑨ 服薬忘れなどに気づいたときは、介護支援専門員等を通して主治医に連絡する
⑩ 本人の心身の状態にあった服用しやすい薬の形態を主治医と相談する

ちよつと一息

心の健康コラム4

ストレスへの対処

私たちはストレスにどう対処しようか、自然といろいろなことを考えています。しかし、いつも客観的に冷静な判断をしているわけではありません。私たちは自分の中に独自の考え方のクセを持っています。そして、知らず知らずのうちにもいつも同じような考え方をしています。その考え方が現実とズレているときに、実際の状況よりもつらく感じ、悩んでしまうことがあります。ストレスに直面して感情が混乱しているときは、すぐ対処しようとせずに、まず落ち着くまで待ちましょう。なかなか整理がつかないときは文字や図に書くことで、自分の中から出してみましょ。文字にすることで、冷静に客観的に見ることができます。気分が落ち着き、整理がついてきたら、どのような対処ができるか考えてみましょう。時間がかかっても良いので、気持ちが落ち着くまで待つことが大切です。ストレスを感じる要因に思いあたらないときは、問題から少し距離を置いて自分の考え方のクセを見直してみると、今まで考えつかなかった対処方法を思いつくことがあります。一人で考えてもどうしようもないとき、つらくて仕方がないときは、頑張っている自分をまず認め、誰かに相談するなど一人で抱え込まず、自分のストレスと向き合って管理していきましょう。

5. 認知症に伴う行動及び心理症状

認知症に伴う行動および心理症状は、どのように理解すれば良いのでしょうか。認知症高齢者の行動と心理について考えてみましょう。

認知症に伴う行動及び心理症状を理解するうえで、その行動と心理の背景には何があるのでしょうか。まず、第一に中核症状があげられます。加えて環境の影響があり、そして、認知症高齢者本人の行動特性が関係しています。これらの背景が行動の失敗や違う結果を招き、その結果がいわゆる「行動及び心理症状」といわれるものになります。しかし、この行動障害は高齢者自身が望んだ行動ではなく、認知症に伴って生じていることを理解しなくてはなりません。こうした認知症高齢者本人を支援するためには、認知症高齢者の行動と心理状況を理解することが必要となります。それが高齢者自身を理解するということにつながります。

(1) 「殴りかかるナツオさん」暴力行為の理解



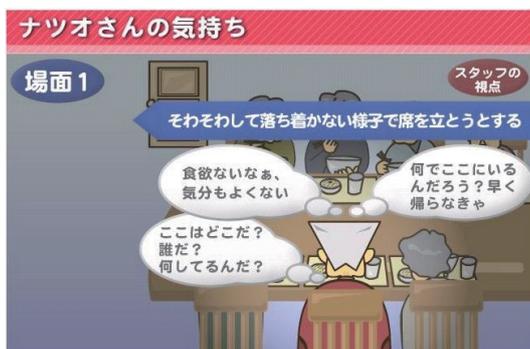
認知症の症状として現れる暴力行為について考えてみましょう。暴力行為とは一見些細なことで怒鳴ったり、暴言を吐いたり殴りかかるといった攻撃的な形として現れる症状です。ここでは、ナツオさん、75歳の事例を通して具体的に考えていきます。

ナツオさんは2年程前からもの忘れが多くなり、アルツハイマー型認知症と診断されました。やがて、タバコを買いに行ったきり家に帰れなくなるなどがたびたび見られるようになった半年程前、ナツオさんは特別養護老人ホームに入所されました。

ナツオさんはもともとプライドが高く、気難しい性格のうえ、怒りっぽいせいか友人はできにくいようです。たまに大声で怒鳴ったりすることのあるナツオさんですが、とくに最近はイライラして落ち着かない様子で、よく廊下をふらついていました。そんなある日の昼食時のことです。

みんなでお昼ご飯を食べていると、ナツオさんがそわそわと落ち着かない様子で今にも席を立とうとしています。

スタッフはすぐに駆け寄り、



スタッフ：「ナツオさん、どうしましたか？」「まだご飯の途中で
すよ！」と言って肩に手をかけ、

スタッフ：「席に座ってください」とナツオさんに座るよう促しま
した。

するとナツオさんはびっくりした様子でスタッフの手を払いのけ、
少し語気を荒めて、

ナツオさん：「だれだ！もういい！」と言うと廊下の方に歩き始め
ます。

スタッフはそんなナツオさんの興奮している様子が怖くなり、少し
離れながら後について行くことにしました。ナツオさんはというと、
時々後ろを振り返っては何やらブツブツ言いながら、どんどん足早
になります。そして玄関まで行くと外へ出て行こうとしました。

スタッフは慌てて

スタッフ：「ナツオさん、外へ行ったらダメですよ！」「息子さん
が後で迎えに来ますから！」と言って駆け寄り、ナツオさんの腕を
つかもうとしました。するとナツオさんは突然もの凄い剣幕で怒鳴
りながら、持っていた杖でスタッフに殴りかかってきたのです。

さて、ナツオさんはどうしてスタッフに殴りかかったのでしょうか。
次はナツオさんの気持ちになって考えてみます。

① ナツオさんの気持ち

スタッフには突然に思えたナツオさんの暴力行為は、ナツオさんに
とっても突然のことだったのでしょか。事例の場面の流れに沿っ
て、スタッフの視点と対比させながらナツオさんの気持ちに耳を傾
けてみましょう。

ナツオさんが食事中にそわそわと落ち着かない様子で席を立とうと
しています。

ナツオさん：『ああ、なんか今日は食欲がないなあ。気分も良く
ないなあ。しかし、ここはどこだ？いろんな爺さんと婆さんが並んで
同じものを食べてるぞ、変なことだなあ。なんでこんなところにい
るんだろう？早く帰らなきゃ！』

スタッフはナツオさんにすぐに駆け寄り、

スタッフ：「どうしたんですか？席に座ってください。」と声をかけ
ました。



ナツオさん：『なんだって?! 見も知らない奴が急に寄って来て「席に座れ」だと? 早く帰りたいのに、一方的に命令してくるなんて随分失礼な奴だなあ!』

スタッフが肩に手をかけ、座る様にと促すとナツオさんはびっくりして手を払い歩き出しました。

ナツオさん：『あっ! 肩に触った、俺に何かする気だぞ! 手を払わないとやられる、「えいっ!」 奴らはいったい誰なんだ? 奴にもここにも用はないんだ! とにかく急いで出口を探そう。』

スタッフはナツオさんの興奮した様子が怖くて離れて追うと、ナツオさんは何かぶつぶつ言いながら振り返り足早になりました。

ナツオさん：『いったい、ここは何なんだ? 知らない奴ばかりだし、馴れ馴れしく触ってくるし、命令してくるし、一刻も早くここから出なければ! あれっ! 後ろからこっちを怪訝そうに見てる奴が眉間にしわを寄せて追っかけてくるぞ! まずい。早く外に出よう!』

ナツオさんが玄関から出ようとしたので慌てて、
スタッフ：「外へ行っちゃダメですよ、息子さんが迎えに来ます」と言って駆け寄りました。

ナツオさん：『やっと玄関だ! 早く出よう。何だ? 「外へ行くなっ!」だと、後ろの奴が興奮して命令してきたぞ。邪魔する気だな。息子が迎えに来るだって、あんな奴が息子と知り合いなもんか、ますます怪しい奴だ!』

そして最後の場面です。スタッフがナツオさんを引き止めようとしてその腕をつかもうとしたときです。ナツオさんが凄いの剣幕で怒鳴りながら殴りかかって来ました。

ナツオさん：『急がなきゃ! あっ、腕をつかまれる! 襲われるぞ! やっつけなきゃ! 「邪魔するなー! 俺は帰るんだ!」「えいっ!」「えいっ!』

ナツオさんの気持ちになれば、ナツオさんの怒りにはそれなりの理由があったことがわかります。ときにはスタッフの対応がその怒りを助長させてしまっているようです。次は、原因とともにスタッフの対応の影響について考えてみましょう。



② 原因と対応の影響

ナツオさんの暴力行為には、その原因として考えられる認知症の中核症状や、スタッフの対応がどの様に影響していたのでしょうか。ナツオさんの気持ちを振り返りながら事例の場面ごとに、具体的に考

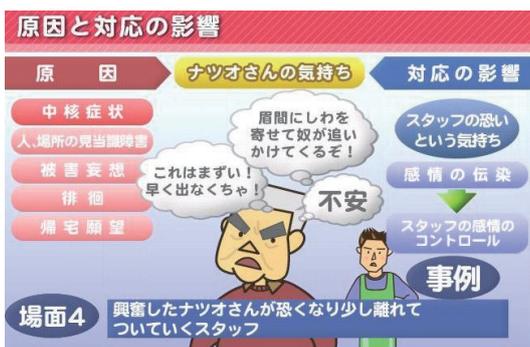


えてみましょう。

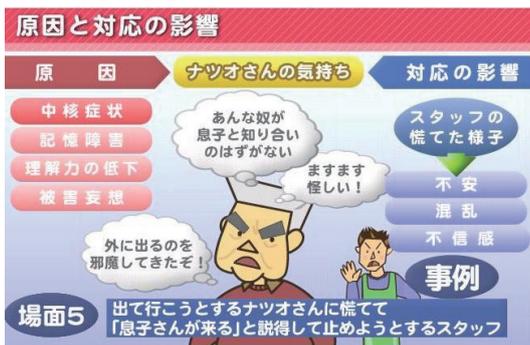
場面1では、ナツオさんのそわそわと落ち着かない様子からまず、体調不良や気分の落ち込みなどが原因として予測されます。さらに認知症の中核症状である見当識障害により自分が居る場所がわからない。判断力や理解力の低下により、ここが老人ホームであることや大勢で食事をするという状況の理解ができない、などが考えられます。「ここはどこ？なに？なんで？」といったナツオさんの不安や混乱を取り除くための対応として食事環境の改善なども必要だったかもしれません。



場面2と3では、席を立とうとするナツオさんにスタッフはすぐに駆け寄り声をかけます。そして肩に手をかけ止めようしますが、ナツオさんはびっくりしてその手を払い歩き出します。ここでは、認知症の中核症状である人の見当識障害や理解力の低下、記憶障害などから、ナツオさんはスタッフの顔や名前を忘れていたことが予測されます。ですからナツオさんに見てみると見ず知らずの奴らが急に寄って来て、「座れ！」と命令してくるという状況なのです。スタッフはナツオさんが当然自分を知っているものと気楽に近寄りますが、それがなれなれしく無礼な行為としてナツオさんの被害妄想的な怒りの引き金となります。肩に手をかける行為は、「何かされる」という恐怖心を抱かせます。ここではナツオさんに対して、初めての人として丁寧なかかわり方が求められます。



場面4では、スタッフは興奮しているナツオさんが怖くなり、少し離れてついて行きます。それをナツオさんは眉間にしわをよせて怪訝そうに見ている奴が追いかけて来ると思います。認知症の中核症状の影響も予測されますが、なによりもスタッフの怖いという気持ちがナツオさんに伝わってしまい、感情の伝染が起きています。それがさらにナツオさんの不安を煽っているようです。ここではスタッフの感情のコントロールと、どのような状態でもナツオさんを受け入れるという態度が大切になります。



次の場面5でも、玄関を出て行こうとするナツオさんにスタッフは慌ててしまいます。「息子さんが迎えに来ます」と説得しようと思いますが、慌てているので、ますますナツオさんの不安や混乱が助長されてしまいます。さらにあんな奴が息子と知り合いなのかと不信感を抱かせてしまいました。この時点でスタッフは冷静に落ち着いて受容的な対応をしなければなりません。

さて最後の場面で、腕をつかもうとするスタッフにナツオさんはと



うとう、「邪魔するな！」と怒鳴りながら殴りかかります。ナツオさんは、「襲われる！」という被害妄想から暴力という方法で自己防衛したと考えられます。

なぜ、暴力という方法だったのでしょうか。次に、暴力などの行動について考えてみましょう。



③ 行動のメカニズム

認知症高齢者の場合、何の意味も理由もなく暴力を振るうことは稀です。しかし、同じ状況下で誰もが暴力を振るうという訳ではありません。どんな行動をとるかは、個人の部分と環境とのやりとりが影響しているからです。

人の行動は、知的能力や記憶、性格や気質、生活歴といった個人の積み重ねられた経験から、周囲の人や地域、社会のルールなどの環境とどういうやりとりをするかによって違います。そして、そこから生まれる感情や気持ちが表情やしぐさ、発言といった行動として表現されるのです。たとえば内向的だったり攻撃的だったりします。

認知症高齢者の場合、そこに認知症の中核症状が大きく影響してきます。知的機能の低下、記憶力の低下、見当識の低下などによって、言っていることがわからないし、知らない人ばかりで、場所もわからないというような不安で混乱した状態で環境とやりとりすることになります。そのため、うまく対応できない結果がさまざまな行動障害として表れます。



こうした行動のメカニズムや認知症の中核症状の影響を理解しておくことが必要でしょう。そのことを、考慮することのできない周囲からの不適切な対応などがあると、不安や混乱は助長され、さらに恐怖心などを煽ることになります。認知症高齢者はそんな感情を判断力の低下などからどう表現したらいいのかわからず、もともとの性格などによっては暴力という形で表現されることがあるのです。

ナツオさんの場合も、もともとプライドが高く、怒りっぽい性格でした。そうした性格や認知症の病気そのものをなくすことはできません。ですからナツオさんの怒鳴る、殴りかかるなどの攻撃的な行為はこれからもあると予測されますが、対応によって軽減することはできます。暴力行為に至るまでには、その引き金となるきっかけや状況があります。そうした状況の中から、原因や要因を探り対応にあたります。その際、原因や要因は1つではなく、複雑に絡み

合っていると考えられます。あらゆる可能性を予測してみる必要があるでしょう。それではナツオさんへの対応の留意点を確認してみましょう。



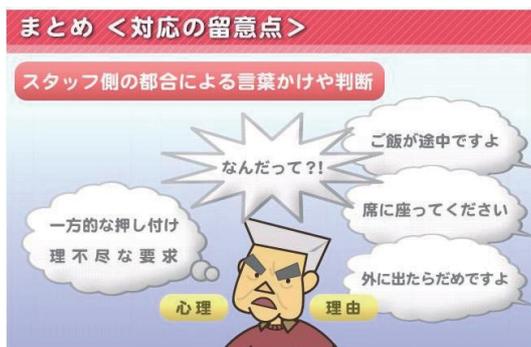
④ 対応の留意点

ナツオさんの暴力行為には、ご本人の怒りっぽい性格や認知症の中核症状が影響していますが、直接的にはスタッフの不適切な対応によって引き起こされていたと考えられます。ここで不適切と思われる対応の留意点を整理してみましょう。

まず、身体状況、排泄状況、現病などの確認が必要です。ナツオさんにはもともと落ち着かない様子が見られていました。その要因が何かを最近の生活状況や体調、直前の出来事などからアセスメントしてみましょう。予測されるのは便秘状況、痛み、他者とのトラブル、悩み事、不安感などです。



次に、突発的な動きです。スタッフが急に動いたり、動揺したり、慌てたりすると、そうした動きや表情、言動は即座に認知症高齢者に伝わってしまいます。それが不安を喚起する要因になってしまうことを認識しておきましょう。



次は、スタッフ側の都合による言葉掛けや判断です。「ご飯が途中でですよ」「席に座って下さい」「外に出たらダメですよ」などの言葉です。認知症高齢者の心理やその理由を考えずにスタッフ側のルールや業務の都合だけがかかると、それがどんなに丁寧な言葉でも本人には一方的な押し付けや理不尽な要求としか聞こえません。余裕をもって受容することが大切でしょう。

そして突発的な身体接触には注意が必要です。本来、肩に手をかける、腕をつかむなどの直接身体に触れる行為は、認知症高齢者とのコミュニケーションを円滑に図るうえで効果的な方法の1つです。しかし、それは十分な信頼関係があり、慎重に行われてのことなのです。突発的な身体接触の場合は、むしろ暴力行為などの直接的な引き金になる可能性が高いのです。

さらに、とくに気をつけたいこととしてかかわる側の心理状態があります。

「少し怖い」など認知症高齢者に対してスタッフが何らかの感情を持つことは専門家とはいえ仕方のないことかもしれません。しかし、その感情をいつまでも引きずり、表情や言葉、態度などに出してしまうことは避けなければなりません。





認知症の高齢者はそれらの微妙な変化を敏感に察知します。そして不信感を抱いたり、あるいは影響されて不穏になったりします。こうしたさまざまな対応を適切に、そしてスムーズに行うために、認知症高齢者との信頼関係づくりや補助する為の環境づくりを普段から留意しておきましょう。建物やシステムの環境も大切ですが、とくに人的環境の影響は大きいといえます。



(2) 役に立ちたいハルエさん



認知症高齢者の一人ひとりが、その人らしくいきいきと生活していくためにはどのようなケアが必要とされ、求められているのでしょうか。

ここではハルエさん、86歳の事例を通して、具体的に考えてみましょう。

ハルエさんは、家族旅行の際、孫を他人と間違えたり、部屋を覚えられなかったりしたことをきっかけに専門医を受診し、アルツハイマー型認知症と診断されました。その後しばらくは、夫と2人暮らしの自宅からデイサービスに通っていました。

そこではハルエさんの持ち前の明るさと面倒見の良い性格が発揮され、いきいきとした姿が見受けられたようです。

ところが自宅でのハルエさんは、同じものを何度も買ってくるなど家事に支障が出始めていました。ある日、鍋を火にかけたまま忘れて焦がしてしまったハルエさん。驚いた夫は強く怒ります。それからは危険で心配ということもあって、家事は夫がするようになり、ハルエさんはますます何もなくなっていったようです。そのうちハルエさんには、トイレの失敗やズボンがはけなくなるなど、日常の生活にも支障がみえ始め、とうとう夫は介護疲れから倒れてしまいます。そして、「このままでは二人とも駄目になってしまう」と





限界を感じた夫の訴えがあり、ハルエさんは特別養護老人ホームに入居してこられたのでした。

自宅での生活から施設での新しい生活が始まりましたが、ハルエさんは入所時の混乱もなく持ち前の明るさでいつもニコニコと笑顔の絶えない様子でした。

しかし、施設の生活にも慣れてきたと思われた頃から、ハルエさんが廊下をあてもなく歩いていることがたびたび見受けられるようになったのです。そして他の入所者の部屋に勝手に入っては、そこにあったものを自分の部屋や違う場所へと持って行ってしまいます。

ハルエさん本人は相変わらずニコニコとして、とりたてて問題はないのですが、他の入所者からは、「物がなくなる」などの不安な声が聞かれるようになっていました。スタッフは何かしようと思うのですが、ハルエさんがどうしてそんなことをするのか不可解で、「どうしたらいいのだろうか?」と困っていました。

そこで、スタッフはまずハルエさんの気持ちを考えることから始めました。



① ハルエさんの気持ち

他の入居者に不安を与えスタッフには不可解で困ってしまうハルエさんの行動ですが、そこにはきっとハルエさんなりの理由があると考えられます。

そこで、スタッフはハルエさんの行動を注意深く観察するとともに、ハルエさんの立場になってその気持ちを考えるために、これまでの生活歴や性格などを振り返ってみることにしました。



ハルエさんは相変わらず、廊下をうろうろしては他の入居者の部屋に入っていってしまいますが、当たり前のようにニコニコとしています。でも、よく耳を傾けてみると、「あの子のところに行ってあげないと……」、「片づけ物を直さないとね……」などと独り言を言っていることに気がつきました。どうやらハルエさんは、誰かに何かしてあげようとしていた、あるいはしてあげているつもりだったのではないかと考えられました。

ハルエさんには、長年主婦として家事をこなす夫や子供の世話をしてきたという生活歴があります。自宅から施設へと場所は変わっても、ものを片づけることや誰かの世話をするということは、ハルエ



さんにとっていつもの当たり前の生活の続きなのかもしれません。ハルエさんの誰にでもやさしく世話好きな人柄や明るい性格は、認知症を発症されてからしばらく通っていたデイサービスでも発揮されていました。

ハルエさんの、誰かのお世話をする、何か役に立とうとするといった気持ちの背景には、こうしたハルエさんの人柄や生活歴が大きく影響していると考えられます。

それではどうして、誰かの役に立とうとする、ハルエさんにとってごく当たり前な行為が、他の人には理解されにくいうえに、ともすると迷惑で困ったこと、いわゆる“問題行動”と映ってしまうのでしょうか。

次にその原因と対応の留意点について考えてみましょう。

② 原因と対応の留意点



廊下をあてもなく歩いている、他の入居者の部屋へ勝手に入る、そして他の入居者の持ち物を自分の部屋や違う所に持って行ってしまおう、といったハルエさんの一連の行動は、認知症に伴う行動と心理症状であり、認知症の中核症状が大きく影響していると考えられます。



記憶障害や場所、人、時間の見当識障害そして判断力の低下などによって、今がいつなのか、自分がどこにいるのかわからない、自分の物と他の人の物との区別が付きにくい、などといった状態が考えられるのです。

<ハルエさんの心の声>

「ここは何処だろう？」

「私の部屋はどこだったっけ？」

「あら、私のものがあんなところにあるわ、片づけなくちゃ」

「ええと、何をするんだっけ……？」

「なにかしてあげなくちゃいけないんだけど」

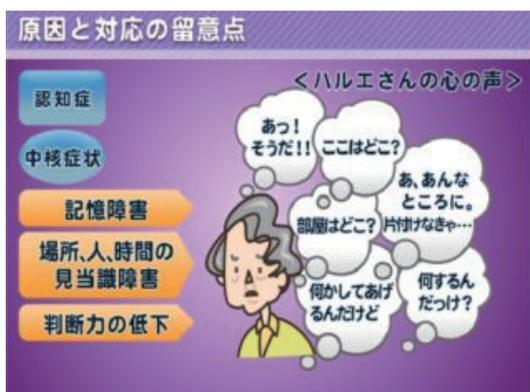
「ああ、そうだ！」

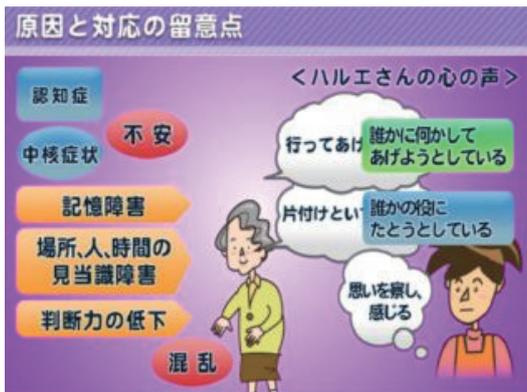
<ハルエさんの声>

「あの子の所に行ってあげなくちゃ」

「片づけ物を直しといてあげないと……」

どうやらハルエさんは子育てをしていた頃に時々戻ってしまうよう





です。そんな認知症の中核症状による不安を抱え混乱している状態ですが、ハルエさんは誰かに何かしてあげようと思ひ、役に立とうとしているように感じられます。

スタッフはハルエさんの立場になって考えることによって、ハルエさんの思いやその人柄にまで触れることになりました。そして不可解と思われた行動には、ハルエさんなりの意味も理由もあり、それを察したり感じたりすることもできました。

こうして、ハルエさんの置かれている状況を理解し、その思いを察することで、自然にハルエさんへの対応の留意点や方針も決まってきました。それは、ハルエさんの行動面そのものにとらわれるのではなく、ハルエさんの誰かの役に立とうとする気持ちを尊重し支援していくことが最も大切であると考えられました。そのためには、ハルエさんが炊事や洗濯をして、夫や子供の世話を当たり前にしてきたかつての生活を、施設の生活のなかでどのように継続し実施していくのかということについて、具体的な対応を考えていくことが必要となります。

次に、スタッフが取った対応とその後の様子についてみてみましょう。

③ 具体的な対応とその後の様子

ハルエさんへの具対的な支援は洗濯物を一緒にたたむことから始まりました。洗濯物をたたんでいるとよくハルエさんがそばに来ては、衣類にそっと触れていたりするのに気づいたスタッフが、手伝ってもらえるようお願いしてみることになったのです。その際、命令や指示になってしまわないように注意がはられました。

「たたむを手伝ってもらえませんか？」というスタッフのさりげない声掛けに初めてハルエさんが快く頷いてくれて、あとは自然に簡単な会話も交わせるようになっていきました。

たとえば、「洗濯物をたたむの苦手なんです、ハルエさんはどうた



たんでいるんですか？」というスタッフの問いに、「こうやってたたむのよ」とハルエさんは丁寧にたたみ方を教えてくれます。こうしたやりとりがきっかけとなり、ハルエさんは徐々に子育てのことや昔の苦労話など、いろいろ話してくれるようにもなりました。洗濯物を一緒にたたみながら、いつしかハルエさんとスタッフのコミュニケーションの場が築かれていたようです。そのことが信頼関係づくりだけでなく、ハルエさんへの支援を継続していくための情報源として役に立つことになりました。



なかでも毎朝お味噌汁をつくるのを欠かさなかったというハルエさんの話は、実はハルエさんの夫からも、「できなくなってしまったこと」として聞いていました。でも、もしかしたらお味噌汁をつくることはできなくても、できあがったお味噌汁をお玉で鍋からすくってお椀によそうことはできるかもしれません。そう考えたスタッフが早速お手伝いをお願いしてみると、ハルエさんのお玉を持つ手つきは慣れたもので、結局すべてのお椀にお味噌汁をよそうことになりました。



その後のハルエさんは、洗濯物をたたんだり、食事のときにはお味噌汁をよそってくれることが日課となり、施設にいるみんなのお世話をしてくれています。スタッフや他の入所者からは、「ありがとう」と言われる様にもなって、誰かの役に立っているという充実感もあるのでしょうか、もともとお世話好きで明るいハルエさんですが、よりいきいきとして生活に張りが出てきたようです。



ハルエさんのいわゆる問題行動と思われた、“認知症に伴う行動と心理症状”がまったくなくなったという訳ではありませんが、いつの間にか他の入所者の苦情もなくなり、ハルエさんのそうした行動はみんなにとって気にならなくなったようです。



④ まとめ

認知症を発症すると、その中核症状である記憶障害や見当識障害、判断力の低下によって、今まで自然にできていたことができなくなります。

「今何をしていたのか」、「何をしたいのか」など、当たり前になっていたこともわからなくなったりします。そのため、気持ちはあるのにこれまでの生活で自然にできていたことができなくなる、あるいは失敗するということが起こって来ます。



ハルエさんの場合もそのために家事に支障をきたし、家事をするという役割を失い、施設入所による環境の変化によってさらに役割を喪失します。そして、ハルエさんにとっては当たり前の、「何かをしてあげよう」という思いから“廊下を歩く”、“他の入居者の部屋へ入る”という行為が、他のスタッフや入居者にとっては単なる「困ったなあ」という“問題行動”として映ってしまっていました。もしそのとき、行動のみを問題にして無理に制止しようとするなど、対応の仕方によっては、ハルエさんはさらに自分らしい生活を否定されてしまうことになります。いわゆる問題行動と誤って捉えられてしまう“認知症に伴う行動と心理症状”には、ハルエさんの場合と同じように、その人なりの意味や何らかの理由があります。本人の声に耳を傾けたり、今までの暮らし方や性格を知ることによって、本人の思いを感じ取ったり、理解することができるのです。

スタッフはまず認知症高齢者の置かれた状況や思いを理解して対応を考えます。そして施設の生活のなかで、その人らしい生活をするための支援をしていくこととなります。具体的な支援のヒントは、その人の送って来た今までの生活のなかにたくさんあります。

認知症高齢者をケアするスタッフは、今まで生きてこられたその人らしい生活をどう継続できるかを考えることが重要です。そして、そのための環境を整え、その人の本来の力が生き活きと発揮できるように支援する必要があります。

それは、その人に笑顔や生きがいが生まれることを援助することにもなるのです。

Web 学習なるほど知って塾
(<http://www.dcnnet.gr.jp/enkaku/index.html>) より

ストレスとなる要因
(ストレッサー)

〈職場内〉

- ・ 仕事上の失敗や過重な責任
- ・ 事故や災害の体験
- ・ 仕事の質や量の変化
- ・ 役割や地位の変化
- ・ 職場内の人間関係の問題 など

〈職場外〉

- ・ 家族や親族の問題 (不和・離婚)
- ・ 事故や災害の体験
- ・ 病気や金銭問題など自分の問題
- ・ 個人的な人間関係の問題 など

ストレス反応

〈身体的反応と症状〉

肩こり、腰痛、抜け毛、下痢、便秘、頭痛、食欲不振、吐き気、嘔吐、発疹、慢性疲労、手のひらの発汗 など

〈行動・心理社会的反応〉

集中力/判断力低下、常習的歯ぎしり、気分の変動、他人に対する非難や敵意、拒否や引きこもり傾向、爪や鉛筆を噛む、貧乏ゆすり、もの忘れ、創造力の低下、他人への配慮の欠如、喫煙過多、パチンコ・飲酒に行く機会の増加 など



ストレスをためない工夫

- ☆ 問題の解決に向けて積極的に取り組む。
- ☆ 問題について考えることをやめる。
- ☆ 周囲の人に助けを求める。
- ☆ 問題を問題としてみないで、問題からいったん離れる。
- ☆ かえって良いことを学んだと考える。



ストレスコーピング

ストレスを切り抜けるための対処行動を「ストレスコーピング」とよんでいます。ストレスコーピングは、①問題焦点型対処と②情動焦点型対処という大きく2つの方法に分けることができます。①問題焦点型対処は、問題解決に向けて情報を集めたり計画を練ったり積極的に行動するもので、②情動焦点型対処は、話を聞いてもらったり、趣味や運動でリラックスしたり、問題から離れて気分転換をはかるものです。

いつもどのような対処をとっていますか？自分の対処行動を振り返り、どちらか一方に偏り過ぎていないか、何か一つの方法に固執して、なかなか解決できず、嫌な気分を引きずっていないか、不必要に自分を追い込んではいないか考えてみてください。いつも同じ対処では、ストレスを上手く活用できず、苦しいだけで、成長のチャンスを逃しているかもしれません。いつもストレスから逃げてばかりの人は周りの人の助けを得ながらストレスに向き合ってみたり、いつもストレスと向き合っただけでいる人は少し離れてみるのはいかがでしょうか。自分をよく知り、自分に合った対処法を持つことがとても大切です。

さらに、リラックスできるストレス解消法を3つ以上持つように心掛けてください。ストレスを感じても解消法を持っていることで、リラックスでき気分転換がしやすいです。おしゃべりやスポーツで汗をかくこと、熱中できることに打ち込むなど、どんなことでも良いです。ストレス管理は、できそうに感じたことから取り組んでみましょう。仲間とどんなストレス解消法を持っているか話して、いろいろなリラックス法を試してみることも良いですね！

〈資料編〉

資料1.	ひもときねっとの紹介	・・・・・・・・ p	82
資料2.	ひもときシート ①事例概要シート	・・・・・・・・ p	83
	②ひもときシート	・・・・・・・・ p	85
資料3.	ひもときシート活用編（暫定版）	・・・・・・・・ p	86
資料4.	絵で学ぶひもときシートの使い方	・・・・・・・・ p	89
資料5.	ひもときカレンダー	・・・・・・・・ p	101
資料6.	ひもとき手帳（抜粋）	・・・・・・・・ p	105
資料7.	認知症とは	・・・・・・・・ p	112
資料8.	海外の認知症ケアに関する調査概要	・・・・・・・・ p	116

ひもときねっとの紹介

認知症ケア高度化推進事業
ひもときねっと

「認知症ケア」の窓を開ける鍵を手に入れよう

「認知症の人」から

「認知症の人へ」



「ひもときねっと」は認知症ケア高度化推進事業の情報発信サイトです。「ひもときねっと」には、ひもときねっとを使ってスーパーバイズされた事例がたくさん掲載されています。事例は「読んで学ぶ事例」、「読んで学ぶ事例」、「読んで学ぶ事例」などの形式でわかりやすく紹介されています。また「なるほどリンク」では、当事業の成果や、海外認知症ケア情報など認知症ケアに役立つ様々な情報が掲載されています。

認知症の人へのケアで困った時は、「ひもときねっと」で検索!

<http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>

ひもときねっと 検索



社会福祉法人 海康会
認知症介護研究・研修東京センター
名誉センター長
長谷川 和夫

認知症のケアは、御本人の心の体験を理解することから始まります。体験から行動が生まれ、そして行動から体験が起こります。認知症の御本人が暮らしていく時に支障をきたして苦しむ時、メッセージとして表現されることをまず理解しましょう。そしてどんな体験を心にもったか、ひとつひとつ想像し考えていくこと、これが「ひもとき」です。あるがままのその人に向き合って、私たちの感性と経験を基に考えてみましょう。ひもときねっとは、皆さんの専門性を高めてくれるツールになることを確信しています。

ひもときねっと 活用法

ひもときねっと 検索

気づきを学ぶ
最新事例スーパーバイザーのやり取りを通じて「ひもとき」プロも学ぶべし。
・ 気づきを学ぶ

事例を探す
事例を通して認知症ケアの「質」の向上について考えてみましょう。
・ 事例を探す

なるほどリンク
認知症ケア高度化事業成果報告
個別訪問相談援助事業や成果物の効果検証のデータ等の報告です。
海外認知症ケア情報
海外の認知症ケアの最新の取り組みや動向を制度・支援システムとおわせて紹介しています。
お役立ちコーナー
認知症ケアに役立つ情報を掲載しています。
ダウンロード
ひもときシート書式や研修資料等がダウンロードできます。

厚生労働省委託・認知症ケア高度化推進事業

認知症介護研究・研修東京センター 〒168-0071東京都杉並区高井戸西1丁目12番1号
電話: 03-3334-2173 (代表) / FAX: 03-3334-2718

ひもときシートは、
認知症ケアの「考え方」をアシストするツールです

チームでも、そして一人でもひもときシートは使えます。
そして困難であればあるほどひもときシートは力を発揮します。

こんなに頑張っているのにうまくいかないなあ

自分達が困っていること、その素直な素直に書けばいいんだ!

このような具合に進みます

私が辛いのはあなたのせい…

皆さんが困っていること、負担に感じていることを具体的にイメージします。その方にとってほしいと考えますか? そのためにどんな取り組みを行おうと考えますか?

いや待てよ 本当は何が理由が…

その方が口にする言葉、表情やしぐさを、ありのままに書き出してください。その方が困っている時に、こだわっていることは何ですか? 身体は痛くないですか? 寂しくないですか? 寒くないですか? 生活環境の変化はありましたか? 認知できないものに困られて不安を感じてはいませんか?

そんなことが影響しているかもしれないんだ

事実を基に思考展開

そうだそうだ、つながってきたぞ!

自分も同じ立場だったら…

その方が本当に悩んでいることはどんなことなのでしょう? 今まで理解できなかった言動の意味がわかってきませんか? プレのない新しいケアの方向性が見えてきませんか?

なんだ、本人にとっては、当然のことだから、それだったらこういう方向性で接してどう?

今までの見方や捉え方は、なかなかたどり着くことができなかった
援助者の視点から本人の視点への切り換え!
そしてチーム内での方向性の一致もスムーズに!
スーパーバイズ的にダイナミックな思考の転換を進めています。

これからの認知症ケアにおけるスタンダードな思考法。
それがひもときシート!

ひもときシート活用研修の様子

基本的な考え方や構造、順番を追ったプロセスの理解、そして事例を使い実際にシートに記入していきます。

研修内容 シート開発の経緯・意義 / ガイドラインに沿った内容の説明 / グループ演習 / 意見交換 等



ひもときシートを使って…

- 「多角的に捉えること」「考えること」「考え続けること」の重要性を、スタッフと常に考えていけると思う。
- BPSDの原因を考え、その場しのぎのケアから、根本的な原因解決のためのケアに視点が動いた。
- 本人の気持ち (言葉の背景にある状態や思い) をより理解し、考えるようになった。
- 本人の言葉 (なぜ? 快・不快など) に敏感になった。
- 事例を考えることで、チームとして関わり合うようになる雰囲気が出てきたので、一人で悩む (閉鎖的) 職員が減った。(アンケートより抜粋)

ひもときシート Q&A

Q. ひもときシートはどうやって活用すればいいの?

A. ひもときシートへの取り組みにあたっては、
①事例概要シート ②ひもときシート ③ひもときシートガイドラインの3つのツールが用意されています。詳しくは、ひもときシートの使い方をクリックしてください。

Q. ひもときシートの特徴は?

A. ひもときシートは、パーソン・センタードケアを基本に作られており、アセスメントシートではありません。アセスメントシートの前段階で活用する考え方の手引き、あるいは患者の整理としてお使いいただくものです。「課題の整理」「事実の確認」「背景の整理」へのシートの記入を通じて、援助者視点のケアから本人視点のケアへと思考の展開を図ることが最大のねらいです。認知症ケアの対応力向上のために、思考の整理と考え方をチームで共有するための教材として活用していくことも可能です。

さあ、あなたも始めてみましょう!

資料2 ひもときシート

① 事例概要シート

認知症ケア高度化推進事業

ひもときシート

〈事例概要シート〉

タイトル：

I. 事例の状況(300字程度)	
II. 事例提供者の属性	
職 種	
資 格	
役 職	
経験年数	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 齢	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上
III. 提供者自身が感じている事例の課題	
IV. 倫理的配慮	
個人や団体が特定されないように配慮し、以下の者からの使用了解を得ている。	
<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 施設長以外の管理職 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
V. 事例概要	
年齢・性別	(歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
学歴・職歴	
家族構成	
認知機能	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外

日常生活自立度	障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
ADLの状態	①食事の様子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	②排泄の様子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③移動の様子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	④着脱の様子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤入浴の様子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑥整容の様子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症の診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明	
現病・既往歴	【現病】 例)糖尿病、関節リウマチ、骨粗鬆症 他 () 【既往歴】 ()	
服用薬		
コミュニケーション能力		
性格・気質		
生きがい・趣味		
生活歴		
人間関係		
本人の意向		
事例の発生場所	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型病床 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 精神科病棟 <input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()	

※ご記入にあたっては、以下の点についてご留意の上、表記していただくようお願いいたします。

①すべて「Aさん」に統一

②である調に統一

③年齢、職歴、地名、方言、本人や地域等が特定されないような配慮

(例) ●「72歳」➡「70歳代前半」 ●「寿司職人」➡「飲食店店員」 ●「千代田区」➡「当地」「隣接地」「本県」 ●「あかん」➡「だめだ」 など