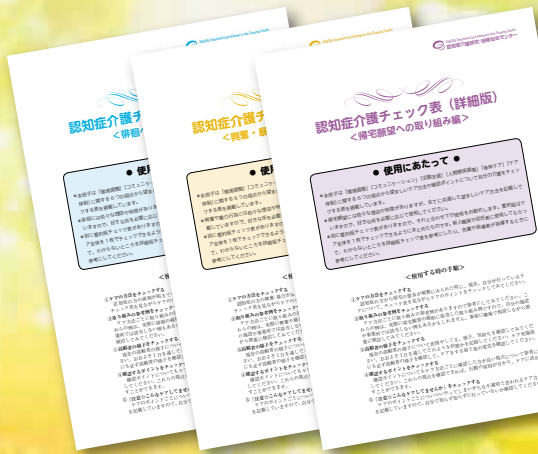


初めて認知症介護をする人へ

続 初めての 認知症介護 解説集

認知症介護
チェック表付



介護のポイント		ケアの方法例（参考にしてみてください）		確認	詳細版 参照	解説集 参照
【環境調整】 周囲の環境を 調整していますか	一緒に人数を多くしたり、少なくしたり調整をする 落ち着くような居場所を用意する 座る席の位置を本人の落ち着くように調整する 以前から使用していたなじみの物を使用する 居室を整備したり、位置を変えたり居室環境を整える トイレや居室などに案内板などの表示をして分かりやすい環境にする 光は強すぎず、雑音や騒音はなるべく刺激を調整する 屋外にも落ち着ける場所を用意するなど庭や屋外の環境を整備する			p1-①	p107-①	
				p1-②	p108-②	
				p1-③	p109-③	
				p1-④	p109-④	
				p1-⑤	p110-⑤	
				p1-⑥	p110-⑥	
				p1-⑦	p111-⑦	
				p1-⑧	p112-⑧	
【コミュニケーション】 会話をしたり 工夫していますか	好きな話題を入れたり、感謝や賞賛をしながら会話を 本人のペースに合わせてゆっくりと、否定せず、うなづきながら話を一生懸命さく できるだけ静かな環境で、落ち着く場所で、本人の行動やタイミングに合わせて会 話を できるだけ声かけや会話、見守りを増やしたり、あるいは必要以上に会話をしすぎず、 本人の様子に合わせて会話の量を調整する			p3-①	p114-①	
				p3-②	p116-②	
				p3-③	p117-③	
				p3-④	p117-④	

初めて認知症介護をする人へ

続・初めての 認知症介護

徘徊・興奮暴力・帰宅願望編

解説集

認知症介護
チェック表付



SENDAI DCRC

社会福祉法人 東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

目次

はじめに	06
本書の使用方法	08

I 部 概説

1 認知症とは	18
①中核症状と周辺症状	
②認知症の種類	
2 認知症介護の方向性	23
①認知症介護の変遷	
②パーソンセンタードケア	
③認知症介護理念の重要性	
3 BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）とは	30
① BPSD とは	
② BPSD の特徴	
③徘徊、興奮・暴力、帰宅願望の特徴	
④ BPSD への対応の考え方	
4 高齢者の疾病と BPSD	35
①健康とは	
②日本の健康づくり施策について	
③高年齢化に伴う変化（老化）	
④高齢者に多い疾病と対応	
⑤疾病と BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）	

II 部 解説

1 徘徊場面における認知症ケアの考え方	42
●徘徊における介護の目標とは	42
●絶対にしてはいけない介護	43
①環境の調整	44
① グループや人数の調整をする	
② 落ち着く場所づくり	
③ 席の位置を調整する	
④ なじみの物の調整をする	
⑤ 居室の環境を整える	
⑥ 分かりやすい居住環境をつくる	
⑦ 光や音などの刺激を調整する	
⑧ 屋外の環境を整える	

②コミュニケーションの工夫	51
① 会話の内容を工夫する	
② 会話の方法を工夫する	
③ 会話する状況を考える	
④ コミュニケーションの量を調整する	
⑤ 非言語的な方法を多用する	
③活動の支援	56
① 生活の中での活動を支援する	
② 趣味活動を支援する	
③ 外出活動を支援する	
④ リハビリや運動、療法を実施する	
④身体面へのケア	60
① 医療的な支援を行う	
② 食事や水分の摂取を支援する	
③ 排泄を支援する	
④ 睡眠の調整を支援する	
⑤ 入浴の支援をする	
⑥ 視覚や聴覚などを支援する	
⑦ 体重の管理をする	
⑤他者との関係支援	66
① 他者との関係を調整する	
② 家族との関係を支援する	
⑥ケア体制の調整	70
① チームでのケア方法を統一する	
② 関わるスタッフを調整する	
2 興奮・暴力場面における認知症ケアの考え方	74
●興奮・暴力における介護の目標とは	74
●絶対にしてはいけない介護	75
①環境の調整	76
① グループや人数の調整をする	
② 落ち着く場所づくり	
③ 席の位置を調整する	
④ なじみの物の調整をする	
⑤ 居室の環境を整える	
⑥ 分かりやすい居住環境をつくる	
⑦ 光や音などの刺激を調整する	
⑧ 屋外の環境を整える	

②コミュニケーションの工夫	83
① 会話の内容を工夫する	
② 会話の方法を工夫する	
③ 会話をする状況を考える	
④ コミュニケーションの量を調整する	
⑤ 非言語的な方法を多用する	
③活動の支援	88
① 生活の中での活動を支援する	
② 趣味活動を支援する	
③ 外出活動を支援する	
④ リハビリや運動、療法を実施する	
④身体面へのケア	92
① 医療的な支援を行う	
② 食事や水分の摂取を支援する	
③ 排泄を支援する	
④ 睡眠の調整を支援する	
⑤ 入浴の支援をする	
⑥ 視覚や聴覚などを支援する	
⑦ 体重の管理をする	
⑤他者との関係支援	98
① 他者との関係を調整する	
② 家族との関係を支援する	
⑥ケア体制の調整	101
① チームでのケア方法を統一する	
② 関わるスタッフを調整する	
3 帰宅願望場面における認知症ケアの考え方	105
● 帰宅願望における介護の目標とは	105
● 絶対にしてはいけない介護	106
①環境の調整	107
① グループや人数の調整をする	
② 落ち着いて、安心できる場所づくり	
③ 席の位置を調整する	
④ なじみの物の調整をする	
⑤ 居室の環境を整える	
⑥ 分かりやすい居住環境をつくる	
⑦ 光や音などの刺激を調整する	
⑧ 屋外の環境を整える	

②コミュニケーションの工夫	114
① 会話の内容を工夫する	
② 会話の方法を工夫する	
③ 会話をする状況を考える	
④ コミュニケーションの量を調整する	
⑤ 非言語的な方法を多用する	
③活動の支援	120
① 生活の中での活動を支援する	
② 趣味活動を支援する	
③ 外出活動を支援する	
④ リハビリや運動、療法を実施する	
④身体面へのケア	124
① 医療的な支援を行う	
② 食事や水分の摂取を支援する	
③ 排泄を支援する	
④ 睡眠の調整を支援する	
⑤ 入浴の支援をする	
⑥ 視覚や聴覚などを支援する	
⑦ 体重の管理をする	
⑤他者との関係支援	129
① 他者との関係を調整する	
② 家族との関係を支援する	
⑥ケア体制の調整	133
① チームでのケア方法を統一する	
② 関わるスタッフを調整する	
委員構成及び執筆担当.....	137

付録 介護チェック表 (コピー用原本)

はじめに

現在 462 万人とも推計される認知症者への支援対策は、平成 24 年に発表された「認知症施策推進 5 ヶ年計画」を中心に、国家的な戦略として推進しています。認知症ケアの指針の構築についても、医療分野における認知症疾患治療ガイドラインの作成や、サービス連携及び提供方法のシステムづくりとしての認知症ケアパスの作成、ライフサポートモデルの構築など、厚生労働省を中心とする検討委員会によって検討が進んでいます。一方、「高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査」の結果をみると虐待数は徐々に増加し、虐待を被る高齢者の特徴として認知症の有無や程度が大きく影響していることが報告されています。このことは、虐待の要因として、介護者の知識不足や技術不足も大きく影響していることが予測されます。特に介護初任者や経験の乏しい介護者が頻繁に直面し、かつ対応が難しい症状として、徘徊や興奮・暴力行為、帰宅の要求など認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）があります。我が国全体の認知症介護の質を高めるためには、介護初任者や未経験者の技術を標準的な質まで底上げしていくことが急務だと思います。そのためには、まず、全国共通の標準的な認知症介護技術を明らかにし、一日も早く普及することです。しかし、BPSD への具体的な対応方法については、介護者あるいは事業所個々の経験による方法が主流で、具体的で標準的なケア方法のモデルは未だ、体系化されていないのが現状です。今後の認知症介護技術の標準化を実現するためにも BPSD への具体的な対応技術に関するモデル構築は必要不可欠と考えられます。

また、認知症介護の教育についても、認知症サポーター養成事業、認知症対応力向上研修、認知症介護実践研修といった公的な研修事業においても盛んに実施されており、公私を問わず認知症介護に関する人材養成は充実してきています。しかし、全国的な認知症介護事業所の増加に反して、一事業所の組織規模は縮小しつつあり、組織における教育体制の確保が困難になってきています。事業所の教育体制の脆弱化を補

うには、介護技術のモデルを踏まえた事業所内の教育システムが必要になってきています。

認知症介護研究・研修仙台センターでは、平成 21 年度老人保健健康増進等事業「高齢者虐待の防止及び認知症介護の質向上に向けた教育システムの展開と教育効果に関する研究」において介護初任者の教育教材として認知症者の食事・入浴・排泄に関する課題に対する「認知症介護チェック表」と「解説集」を作成し、介護事業所の方々へ広報、普及し、ご活用いただきました。本年度は平成 24 年度老人保健健康増進等事業「認知症における行動・心理症状（BPSD）対応モデルの構築に関する研究」の結果を踏まえ、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望といった BPSD への対応を取り上げ、介護チェック表や解説集を作製しました。本書は初任者の自己学習教材として、また、教育担当者の指導用参考資料としての活用を目的としています。1 日も早く全国の認知症介護の質が向上し、認知症者の生活が脅かされることの無い社会が実現されるよう、本書を活用していただければ幸いです。最後に、本事業にご協力いただきました関係者の方々には心より感謝申し上げます。

2014 年吉日

本書の使用方法

1 本書の構成

本書は、認知症介護の未経験者や介護を始めて間もない方を対象に、徘徊、興奮・暴力、帰宅願望への実際の対応について解説したものです。

本書の特徴は、初任者の方々が自分のケアを振り返り、アセスメント視点や、ケアの考え方、そして実際の取り組みについて簡易にチェックするための「認知症介護チェック表（要約版）」と、6つのケア視点ごとに詳細なケア方法をチェックするための「認知症介護チェック表（詳細版）」、認知症介護チェック表のケア方法を解説した「認知症介護解説集」から構成されています。

1 I 部 概説

I 部は認知症介護に関する概説部分として、認知症の定義、症状や特徴、認知症介護の理念や方向性、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）の特徴、高齢者の疾病と対応について解説しています。

認知症介護を行う上で、最低限必要な知識となりますので必ず目を通して理解するよう心がけてください。

2 II 部 解説

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に対する取り組みの解説

ケアの基本的な考え方や、絶対にしてはいけない対応、実際の取り組み例について具体例を挙げながら詳細に解説をしています。

本書で取り挙げている取り組み例は、あくまでも参考例ですので絶対に正しい取り組みとは限りません。高齢者の状態や、環境の如何によって適さない場合もありますので、一つの目安として、状況にあった方法を選択してください。

3 認知症介護チェック表

1 要約版

ケア方針、ケアのポイント、ケアの方法例、してはいけないケア方法、確認するポイントなどが記載されており、現在実施しているケア方法や視点について自分でチェックしながら確認するA3 1枚のシートになっています。実施しなければならないケア全てについて網羅し、1枚で全体をチェックすることができます。

2 詳細版

要約版のチェック表に記載している「環境支援」「コミュニケーション」「人間関係調整」「活動支援」「身体ケア」「ケア体制」の6つの「ケアのポイント」ごとに、より詳細にケアの方法をチェックできるようになっています。要約版で全体をチェックし、より詳細にケアごとにチェックしたい場合に使用します。

2 介護チェック表の構成と使用法

1 要約版

① 記入日 年 月 日 記入者

② 徘徊 認知症介護チェック表(要約版)

③ 例 ○○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行った来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

④ 高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

ケア方針

- ◎徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。
- ◎徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。
- ◎高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

⑤ 本人はどんな様子ですか？
(年 月 日 時 分時点)

表情	☐ 笑っている ☐ 見つめている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう	☐ 微笑んでいる ☐ しかめっ面 ☐ 泣いている ☐ 青白い	☐ 穏やか ☐ 眉をひそめている ☐ 無表情 ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ ため息をついている ☐ 足をゆずっている ☐ うなだれている	☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ 震えている ☐ 涙を流す ☐ 動かない	
気持ち			
回数	・徘徊の回数 回 / 1日 分おき 分間		

ケアをした後の本人はどんな様子ですか？
(年 月 日 時 分時点)

表情	☐ 笑っている ☐ 見つめている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう	☐ 微笑んでいる ☐ しかめっ面 ☐ 泣いている ☐ 青白い	☐ 穏やか ☐ 眉をひそめている ☐ 無表情 ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ ため息をついている ☐ 足をゆずっている ☐ うなだれている	☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ 震えている ☐ 涙を流す ☐ 動かない	
気持ち			
回数	・徘徊の回数 回 / 1日 分おき 分間		

① 記入者氏名・記入日

チェック表を使用する人の氏名と記入日を記入してください。

② 高齢者の属性

対象となる高齢者の氏名と身体障害の程度、認知症の重症度について記入してください。

- * 身体の障害がほとんどなく身体機能が自立している場合は「自立」、何らかの障害や身体機能の低下が認められる場合は「やや機能低下」となります。

- * 認知症の重症度は、下記を参考に該当する番号に○をつけてください。

・ I は「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している」

- ・Ⅱは「日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても（たばび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ、服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等）、誰かが注意していれば自立できる」
- ・Ⅲは「日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等）介護を必要とする」
- ・Ⅳは「日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」
- ・Ⅴは「著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）専門医療を必要とする」

③ 本人の様子

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関する行動について、例を参考に、その時の高齢者の行動の状態を具体的に記入してください。

④ ケア方針

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関するケアの目標です。これらの方針に従ってケアを行うよう心がけてください。

方針は複数記載されていますが、全ての要件を満たしたケアを実施してください。1 つでも方針が満たされなかった場合は、すぐに不適切なケアになるおそれがありますので注意してください。

⑤ ケア実施前の本人の状態

ご本人の様子について記入します。

- ・観察した年月日と時間を記入します。
- ・表情について、該当するもの全てにチェックをします。該当する表情がない場合は、自分で記入してください。
- ・しぐさについて該当するもの全てにチェックをします。該当するしぐさがない場合は、自分で記入してください。
- ・気持ちについて、高齢者本人がどんな気持ちなのかを推理して、書いてください。
- ・回数については、今、現在、該当する行動が 1 日に何回くらいあるのか、おおよそ何分おきくらいにあるのか、1 回あたりにどれくらいの時間続いているのかを記入してください。

⑥ ケアのポイント	⑦ ケアの方法例（参考に見てください）	⑧ 確認	⑨ 詳細版参照	⑩ 解説集参照
【環境調整】 周囲の環境を調整していますか	一緒にいる人数を多くしたり、少なくしたり調整をする		p1-①	p44-①
	落ち着くような居場所を用意する		p1-②	p45-②
	座る席の位置を本人の落ち着くように調整する		p1-③	p46-③
	以前から使用していたなじみの物を使用する		p1-④	p46-④
	居室を整備したり、位置を変えたり居室環境を整える		p1-⑤	p47-⑤
	トイレや居室などに案内板などの表示をして分かりやすい環境にする		p1-⑥	p48-⑥
	光は強すぎず、雑音や騒音はなくすよう刺激を調整する		p1-⑦	p48-⑦
	屋外にも落ち着ける場所を用意するなど庭や屋外の環境を整備する		p1-⑧	p49-⑧

⑥ ケアのポイント

必ずしなければならないケアの視点が書いてありますので、現在行っているかどうかを確認してください。

⑦ ケアの方法例

⑥のケアのポイントについて、実際に行うべきケアの方法例が書いてありますので、現在実施しているケアと比べて、実施しているか、実施していないかを確認してください。

あくまでも例ですので、慎重に検討して、高齢者の状態を見ながら不適切にならないように気をつけてください。

*なお、記載されている取り組み例は、平成24年度に実施された成功事例調査の結果を整理したものを中心に記載しています。実際に介護現場において、徘徊や興奮・暴力、帰宅願望を解消した方法や視点を例として記載していますので、必ずしも全ての事例で実施できる方法ではないかもしれません。例として皆さんの施設や事業所の状況に応じて参考にしてください。

⑧ 確認

現在実施しているケアがあれば、確認欄に✓を記入してください。また、実施していないケアがあれば×を記入してください。

⑨ 詳細版参照

取り組み例について詳細な解説をしていますので、「詳細版参照」欄のページ番号と項目番号を参考に、「認知症介護チェック表（詳細版）」を参照してください。

⑩ 解説集参照

取り組み例についてさらに詳細な解説をしていますので、「解説集参照」欄のページ番号と項目番号を参考に、解説集を参照してください。

11

注意☆こんなケアしてませんか
気を付けてください

- ☐ 本人の要望を無視して、無理やり1人にしたり、大勢の中に入れてませんか
- ☐ 本人の様子を見ずに無理やり席の位置を変えていませんか
- ☐ 本人が気に入らない物を置いていませんか
- ☐ 本人と相談しないで、勝手に色んな物を置いていませんか
- ☐ 職員が目線で表示したり、本人にわかりにくい表示にいませんか
- ☐ 聞きたくない音楽を流していませんか
- ☐ テレビをつけっぱなしにいませんか
- ☐ 職員同士の会話をリビングで大声でしていませんか

12

ケアをする時にここを確認してください！

認知機能	記憶の程度、見当識の有無、理解力や判断力、認知症の種類、症状を確認してみましょう
健康面	体調、疾患、排泄状況、食事や水分摂取、視力、聴力、体重、運動量、睡眠状況、痛み、かゆみ、投薬、幻覚、身体機能などを確認してみましょう

本人はどんな様子ですか？ (年 月 日 時 分時点)	
表情	☐ 笑っている ☐ 微笑んでいる ☐ 穏やか ☐ 見つめている ☐ しかめっ面 ☐ 眉をひそめている ☐ 無然としている ☐ 眉にしわをよせている ☐ いらいらしている ☐ 泣いている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう ☐ 青白い ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ ため息をついている ☐ 震えている ☐ 足をゆすっている ☐ 涙を流す ☐ うなだれている ☐ 動かない
気持ち	
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1 日 ____ 分おき ____ 分間

ケアをした後の本人はどんな様子ですか？ (年 月 日 時 分時点)	
表情	☐ 笑っている ☐ 微笑んでいる ☐ 穏やか ☐ 見つめている ☐ しかめっ面 ☐ 眉をひそ ☐ 無然としている ☐ 眉にしわをよせている ☐ いらいらしている ☐ 泣いている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう ☐ 青白い ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ ため息をついている ☐ 震えている ☐ 足をゆすっている ☐ 涙を流す ☐ うなだれている ☐ 動かない
気持ち	
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1 日 ____ 分おき ____ 分間

⑪ 気を付けてほしいこと

ケアのポイントごとに、不適切な方法例を挙げていますので、現在実施しているケアと比べて、該当するものがないかを確認してみてください。

⑫ アセスメントのポイント

徘徊や興奮・暴力、帰宅願望の原因や、ケアの方法を考える時に知っておかなければならない情報が書いてありますので、全ての項目について再度、確認してみてください。

⑬ ケア実施後の本人の様子

ケアを実施した直後に、再度、表情やしぐさ、気持ち、回数など高齢者の様子がどうなったかについて確認をするよう心がけてください。

そして、ケア実施前の様子とケア実施後の様子を比較してみてください。

表情やしぐさは変化しましたか。気持ちは変わっていますか。回数は減っていますか。常に、ケアを実施したあとの高齢者の様子や変化を記録するように心がけてください。

2 詳細版

1

徘徊 認知症介護チェック表(詳細版)
(環境調整)

記入日 年 月 日 記入者

2

3

4

例 ○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

針

◎徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。

◎徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。

◎高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

5

本人はどんな様子ですか？ (年 月 日 時 分時点)	
表情	☐ 笑っている ☐ 微笑んでいる ☐ 穏やか ☐ 見つめている ☐ しかめっ面 ☐ 眉をひそめている ☐ 憔悴としている ☐ 眉にしわをよせている ☐ いらいらしている ☐ 泣いている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう ☐ 青白い ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ ため息をついている ☐ 震えている ☐ 足をゆすっている ☐ 涙を流す ☐ うなだれている ☐ 動かない
発話	☐ 笑う ☐ うたう ☐ 的確に返事をする ☐ 叫ぶ ☐ ののしる ☐ 何回も呼ぶ ☐ 沈黙 ☐ 泣く
回数	・徘徊の回数 回 / 1日 分おき 分間

ケアをした後の本人はどんな様子ですか？ (年 月 日 時 分時点)	
表情	☐ 笑っている ☐ 微笑んでいる ☐ 穏やか ☐ 見つめている ☐ しかめっ面 ☐ 眉をひそめている ☐ 憔悴としている ☐ 眉にしわをよせている ☐ いらいらしている ☐ 泣いている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう ☐ 青白い ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ ため息をついている ☐ 震えている ☐ 足をゆすっている ☐ 涙を流す ☐ うなだれている ☐ 動かない
発話	☐ 笑う ☐ うたう ☐ 的確に返事をする ☐ 叫ぶ ☐ ののしる ☐ 何回も呼ぶ ☐ 沈黙 ☐ 泣く
回数	・徘徊の回数 回 / 1日 分おき 分間

① 記入者氏名・記入日

チェック表を使用する人の氏名と記入日を記入してください。

② 高齢者の属性

対象となる高齢者の氏名と身体障害の程度、認知症の重症度について記入してください。

* 身体の障害がほとんどなく身体機能が自立している場合は「自立」、何らかの障害や身体機能の低下が認められる場合は「やや機能低下」となります。

* 認知症の重症度は、下記を参考に該当する番号に○をつけてください。

- ・ I は「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している」
- ・ II は「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても（たばび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ、服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等）、誰かが注意していれば自立できる」
- ・ III は「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ（着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等）介護を必要とする」
- ・ IV は「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」

- ・Vは「著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）専門医療を必要とする」

③ 本人の行動

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関する行動について、例を参考に、その時の高齢者の行動の状態を具体的に記入してください。

④ ケア方針

徘徊、興奮・暴力、帰宅願望に関するケアの目標です。これらの方針に従ってケアを行うよう心がけてください。

方針は複数記載されていますが、全ての要件を満たしたケアを実施してください。1つでも方針が満たされなかった場合は、すぐに不適切なケアになるおそれがありますので注意してください。

⑤ ケア実施前の本人の状態

ご本人の様子について記入します。

- ・観察した年月日と時間を記入します。
- ・表情について、該当するもの全てにチェックをします。該当する表情がない場合は、自分で記入してください。
- ・しぐさについて該当するもの全てにチェックをします。該当するしぐさがない場合は、自分で記入してください。
- ・気持ちについて、高齢者本人がどんな気持ちなのかを推理して、書いてください。
- ・回数については、今現在、該当する行動が1日に何回くらいあるのか、おおよそ何分おきくらいにあるのか、1回あたりにどれくらいの時間続いているのかを記入してください。

⑥ ケアの仕方		⑦ 確認	⑧ 取り組みの参考例	⑨ 解説集参照
①一緒にいる人数の調整をしていますか 本人の要望や気持ちに合わせて、1人で過ごせる場所や時間を用意したり、あるいは大勢で過ごせるような場所づくりをしていますか			1人で過ごせる場所や時間をつくる 1人にせず、大勢でいる場所をつくる 一緒に食べる人数を少なくしたり、あるいは大勢で食べる 趣味活動を大勢で行ったり、少人数で行う	p44-①
			落ち着いた会話ができる場所を用意する 落ち着いた座れる椅子やソファを用意する 畳やこたつなどがある場所を用意する みんなが集まる場所で過ごしてもらう リビング以外にも、少し離れたところに小さなテーブルとイスを用意する	p45-②

⑥ ケアの仕方

実施すべきケアの方法について記載していますので、現在実施しているかどうかを確認してください。

⑦ 確認

現在実施しているケアがあれば、確認欄に✓を記入してください。また、実施していないケアがあれば×を記入してください。

⑧ 取り組みの参考例

⑥のケア方法について、実際に行うべき取り組み例が書いてありますので、ケアを行う上での参考にしてください。

あくまでも例ですので、慎重に検討して、高齢者の状態を見ながら不適切にならないように気をつけてください。

*なお、記載されている取り組み例は、平成24年度に実施された成功事例調査の結果を整理したものを中心に記載しています。実際に介護現場において、徘徊や興奮・暴力、帰宅願望を解消した方法や視点を例として記載していますので、必ずしも全ての事例で実施できる方法ではないかもしれません。例として皆さんの施設や事業所の状況に応じて参考にしてください。

⑨ 解説集参照

ケアの方法について詳細な解説をしていますので、参照欄のページ番号と項目番号を参考に、解説集を参照してください。

10 確認するポイント		11 注意☆こんなケアしてませんか？ 気を付けてください
過去の生活習慣	元々、大勢でいるのが好きですか、1人の方が好きですか	●本人の要望を無視して、無理やり1人にしたり、大勢の中に入れてませんか
席の位置	座る席は決まっていますか、仲の良い人の隣ですか	
周囲の雰囲気や刺激	周りは賑やかですか、静かですか	
他の高齢者との人間関係	仲の良い人はいますか、他の人と争いごがありますか	
過去の生活習慣	以前は、どんなところや雰囲気が落ち着きますか	●イスやソファを無理やり用意したり、本人が希望していないのに畳の部屋へつれていってませんか ●落ち着いているかどうかの確認を忘れていませんか
席の位置	今の席の位置では落ち着いていますか	
周囲の雰囲気や刺激	雑音や騒音、大きな声、まぶしかったりしませんか	
他の高齢者との人間関係	他の高齢者とは仲が良いですか、トラブルが多いですか	
職員との関係	職員とは仲がよいですか、なんでも話してくれますか	

本人はどんな様子ですか？ (年 月 日 時 分時点)		ケアをした後の本人はどんな様子ですか？ (年 月 日 時 分時点)	
表情	☐ 笑っている ☐ 微笑んでいる ☐ 穏やか ☐ 見つめている ☐ しかめっ面 ☐ 眉をひそめている ☐ 無然としている ☐ 眉にしわをよせている ☐ いらいらしている ☐ 泣いている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう ☐ 青白い ☐ うつろ	表情	☐ 笑っている ☐ 微笑んでいる ☐ 穏やか ☐ 見つめている ☐ しかめっ面 ☐ 眉をひそめている ☐ 無然としている ☐ 眉にしわをよせている ☐ いらいらしている ☐ 泣いている ☐ 無表情 ☐ 憂鬱そう ☐ 青白い ☐ うつろ
しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ ため息をついている ☐ 震えている ☐ 足をゆすっている ☐ 涙を流す ☐ うなだれている ☐ 動かない	しぐさ	☐ くつろいでいる ☐ 動作が穏やかである ☐ こぶしを握る ☐ こぶしを握る ☐ そわそわしている ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ ため息をついている ☐ 震えている ☐ 足をゆすっている ☐ 涙を流す ☐ うなだれている ☐ 動かない
発話	☐ 笑う ☐ うたう ☐ 的確に返事をする ☐ 叫ぶ ☐ ののしる ☐ 何回も呼ぶ ☐ 沈黙 ☐ 泣く	発話	☐ 笑う ☐ うたう ☐ 的確に返事をする ☐ 叫ぶ ☐ ののしる ☐ 何回も呼ぶ ☐ 沈黙 ☐ 泣く
回数	・徘徊の回数 回 / 1日 分おき 分間	回数	・徘徊の回数 回 / 1日 分おき 分間

⑩ アセスメントのポイント

徘徊や興奮・暴力、帰宅願望の原因や、ケアの方法を考える時に知っておかなければならない情報が書いてありますので、全ての項目について再度、確認してみてください。

⑪ 気をつけてほしいこと

ケアのポイントごとに、不適切な方法例を挙げていますので、現在実施しているケアと比べて、該当するものがないかを確認してみてください。

⑫ ケア実施後の本人の様子

ケアを実施した直後に、再度、表情やしぐさ、気持ち、回数など高齢者の様子がどうなったかについて確認をするよう心がけてください。

そして、ケア実施前の様子とケア実施後の様子を比較してみてください。

表情やしぐさは変化しましたか。気持ちは変わっていますか。回数は減っていますか。常に、ケアを実施したあとの高齢者の様子や変化を記録するように心がけてください。



続・初めての認知症介護

I 部

概 説

1 認知症とは

平成 17 年 12 月 24 日に「認知症」という言葉に名称が変わりました。以前は「痴呆」や「ボケ」という言葉で表現されていましたが、その言葉のもつ意味が①侮辱感を感じさせる、②用語と実感が不明確、③早期発見・早期診断の支障があるなどの理由で名称が変わっています。

「認知症」については、この数年 TV や新聞などのマスコミも取り上げることが多くなり、また平成 18 年から始まった「認知症サポーター養成講座」など、地域の方たちが認知症の方たちを知る機会も多くなってきたことから、自分とは関係のない「他人事」ではなく、自分の問題として捉えられるようになってきました。しかしながら言葉としては知っていても、その知識・情報量が十分ではないことから、認知症に対する間違った認識や偏見は未だに根強いものがあるように感じます。

一般に認知症は、「いったん正常に発達した知的機能が脳の器質的障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障が生じている状態をさしている」と定義されています。

つまり、先天的なものではなく、また決して心の病気でもなく、必ず脳の損傷が基盤にあり、そのことにより生活に不都合が出る状態を意味します。例えば、私たちが風邪を引いたときに咳や熱が出たりするのと同じように、認知症であれば、記憶障害や見当識障害、実行機能障害などの症状（表 1 参照）が現れます。それらの障害により、今までできていたことができにくくなったり、わかりにくくなっていくわけです。自分自身は病識をあまり感じることもなく、自分なりの判断や理解で行動を起こすことも少なくありません。情報のインプットとアウトプットが認知症の症状により十分ではないことから、その行動が私たちには不可解なものに映ることが往々にしてあるわけです。しかしながら、本人にとっては自分なりの理由や根拠があるわけですから、そこで介護者との間のトラブルを引き起こすことも少なくありません。

表 1 認知機能障害

種 類	内 容	具体的内容
記憶障害	記名力、記憶保持、想起力の低下	● 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
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（何時か、何年何月何日か見当が付かない） ● 場所（自分がいる場所の見当が付かない） ● 人物（周囲の人が自分とどんな関係が見当がつかない）
失語・言語障害	失語には発語が中心のものと、言葉の理解の障害が中心のものがある 認知症の場合、言葉を見つけ出す、理解することの障害が生じやすい	● 換語困難（言い換え困難、言葉がうまく出てこない） ● 語想起の低下（単語を思い出せない） ● 言語理解の低下（相手の言葉の内容が理解しづらい） ● 反響言語の出現（相手の言葉をオウム返りする）
失 行	運動機能が損なわれていないにも拘わらず、動作を行なうことが出来ない	● 構成失行（立体図形や絵が模写できない） ● 観念運動失行（単純な指示の動作が出来ない） ● 観念失行（使い慣れた道具を使うことができない） ● 着衣失行（衣類の着脱がうまくできない）
失 認	視知覚的機能が損なわれていないにも拘わらず対象物などを理解したり、把握したりすることができない	● 視空間失認（空間における物の位置や、物と物との位置関係が理解できない） ● 触覚失認（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） ● 手指失認（何指なのかわからない） ● 身体失認（自分の体の部分への認知ができない） ● 鏡像認知障害（鏡に映っている人物が誰なのか認識できなくなる）
実行機能障害	計画を立て、組織化する、順序立てる、抽象化するという、物事を具体的に進めていく能力が損なわれる	

※出典：日本老年精神医学会監、「アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル」、ワールドプランニング、2000、P20 -P27

要するに認知症は単なる物忘れの延長ではなく、病気としての側面をしっかりと理解しておくことが大切であり、生活に不都合が生じるという観点から、生活を支援していくという視点が求められると考えます。

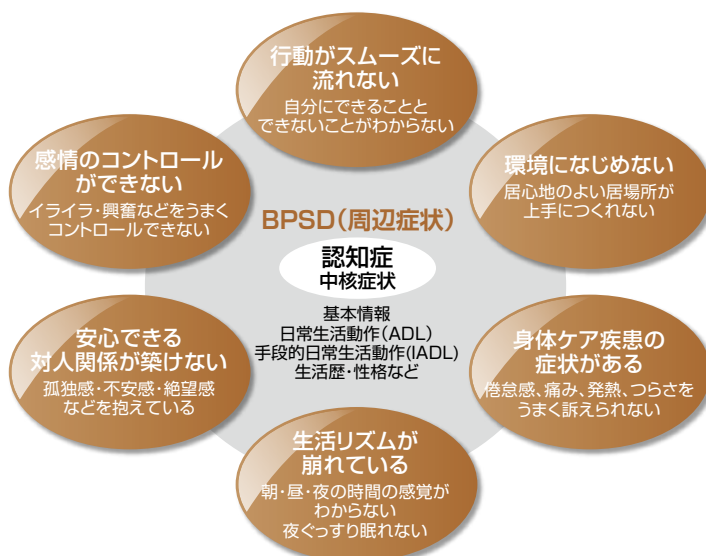
一見、自分のしていることを理解していないように見える認知症の方たちも、何となく「自分は徐々に壊れてしまっている」ということを理解しているということが、最近になって当事者から語られることが多くなりました。病気が進行していく不安や恐怖、混乱、焦り、ストレス等の気持ちが認知症の症状と重なり合い、生活していく上でいろいろなつまづきを生じさせます。認知症を発病し、症状が出て、そのことにより生活の継続性が困難になる。その困難さが本人の気持ちに影響を与え、私たちには不可解に思える様々な行動に至るという構造を理解することが重要です。

体の傷や障害であれば「病気」であることが見た目で見えます。しかし「認知症」という病気は私たちの目にははっきりと見えません。よく認知症介護が難しいといわれることがありますが、私たちの現実世界と認知症の方たちの内的な世界のズレを介護者が認識しにくいところに、その理由があると考えられています。



1 中核症状と周辺症状

認知症の症状は、脳の神経細胞が壊れることが直接的な原因で生じる中核症状（基本症状）と、中核症状にさまざまな要因が加わって生じる周辺症状（行動障害、精神症状）に振り分けられます。中核症状には、表1にあるように記憶障害や見当識障害、実行機能障害などがあります。これらの症状は脳の障害が原因で生じるわけですが、程度や時期の違いはあっても認知症の方には誰でも見られる症状です。一方の周辺症状は、中核症状があるために抱えることになる心理的なストレスや周囲の対応や環境を、本人がどう感じ、どう捉えるかによって、その行動はさまざまなものとなって現れます。行動はある種の結果ですから、図1にあるように周辺症状の引き金になっているそれぞれの要因を取り除いていくことで



中央法規 認知症介護研究・研修東京センター発行
図表で学ぶ認知症の基礎知識 P108 図アセスメントの基本的な視点

図1 アセスメントの基本的な視点

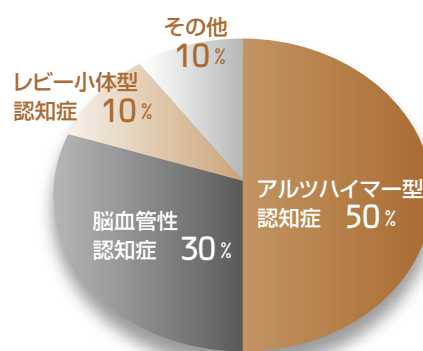
周辺症状は改善できる可能性があります。

周辺症状を以前は「問題行動」と呼んでいましたが、「問題行動」というと認知症の人が悪いことをしている印象を与えること、介護する側にとって「問題」であって、本人にとっては「問題」でも何でもなく、むしろ自分なりの意味や思いを持って行動しているという視点から、行動障害という呼び方が一般的に使われるようになりました。国際的には「認知症の行動心理学的症状」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) とすることで国際合意が得られています。

2 認知症の種類

認知症の種類は70種類以上あると言われています。介護現場のみならず、医療の世界でもそれらをすべて把握し対応することは困難な状況にあります。

認知症は大きく分けて脳変性型と脳血管型、その他の認知症と3つに大別することができます。私たちが介護の仕事を行っていく中で、その出現率や症状等(図2参照)から考えてみると、①アルツハイマー型認知症、②脳血管障害型認知症、③レビー小体型認知症、④前頭側頭型認知症の4つの認知症については、その知識を深めておく必要があるのではないのでしょうか。



長谷川和夫「認知症の知りたいことガイドブック」中央法規、2006を一部改変

図2 認知症の原因疾患の比率

1 アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症について、その原因はいまだによく分かっていませんが、何らかの原因によって脳全体が影響を受け、全体的な萎縮などが生ずることで認知症の症状が現れると言われています。物忘れ、日時や場所がわからなくなる、といった症状が徐々に進行する病気で、認知症の原因疾患の半分以上を占めています。発症時期の特定が困難で徐々に進行し、治癒することがありません。本人の自覚が乏しく、年齢とともに発症率が高くなることも特徴のひとつです。重症度が増し、高度になると摂食や着替え、意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりの状態になります。

健忘期（初期）

情報を認知してこれを記憶として登録することが困難な状態になり、健常な高齢者と比較して「もの忘れ」の頻度や程度が多くなります。同じものを何度も買ってくる、何回聞いてもすぐに忘れるなどの異常な物忘れや簡単な計算、記憶の欠落を埋めるために作り話をするとも見られるようになります。一方で人格は保たれ、ニコニコしており愛想はよく、対人関係は良好に保たれやすいという特徴があります。

混乱期（中期）

場所の感覚が不確かになります。最初は慣れないところですが、次第に慣れたところでも道がわからなくなったりします。また、気候にあった服を自分で選んで着たりすることができにくくなります。この時期では自分で服薬を管理することはできません。中等度になると時間に加えて場所がよくわからなくなります。日常生活では時々には実際に手を貸さないと生活が難しくなります。

終末期（末期）

重度になると、ほとんどすべての日常生活場面で介助が必要になります。同居している家族の顔や家の中でもトイレの場所がわからなくなったりします。典型的なアルツハイマー型認知症では重度になっても、その場をとりつくろふ応答は得意です。

現時点では脳の神経細胞が徐々に死滅して側頭葉、頭頂葉から、前頭葉、後頭葉へと脳全体に萎縮が広がってゆくと言われています。原因はまだ特定できていませんが、一説によると脳にアミロイド β たんぱく質とタウたんぱく質という2つのたんぱく質が異常に蓄積することが原因で、アミロイド β たんぱく質は「老人斑」、タウたんぱく質は「神経原線維変化」という構造をとって蓄積していくと研究者の間では考えられています。多くの方が老年期に発病しますが、初老期に発病する場合もあります。

2 脳血管障害型認知症

脳血管障害型の認知症であれば脳血管が梗塞を起こしたり、出血することでその部位の脳細胞が死んでしまい認知症の症状が現れます。障害を受ける脳の部位によって症状は変化しますが、障害を受けていない部分は正常であることから、いわゆる「まだら認知症」と呼ばれるように、症状が交互に現れることも特徴のひとつです。

また、高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙など、心疾患や動脈硬化の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。いわゆる「生活習慣病」と呼ばれるものであり、例えば、バランスのとれた食事、適度な運動、飲酒・喫煙の抑制、精神的ストレスの緩和など、いわゆる生活習慣病への予防が脳血管障害型認知症の予防にもつながります。

更に、歩行障害、手足の麻痺、呂律（ろれつ）が回りにくい、転びやすい、尿失禁、抑うつ、感情失禁（感情をコントロールできず、ちょっとしたことで泣いたり、怒ったりする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

3 レビー小体型認知症

レビー小体型認知症は、アルツハイマー病に似た症状を示すことが多いのですが、幻覚（特に幻視）や妄想が強いという特徴があります。例えばベッドの上に蛇がいてこちらをにらんでいる、泥棒が来て自分を指差して笑っている、子供が廊下を走ってうるさくてかなわないなど、介護者には見えないものが本人たちにはリアルに見えるようになってたりします。ここで注意しておきたいことは、アルツハイマー型認知症では幻覚は行動障害の一つでしたが、レビー小体型認知症では中核症

状として現れることが特徴であるということです。つまり、適切なケアによってアルツハイマー型認知症の幻覚は消滅する可能性があります。レビー小体型認知症では中核症状である幻覚は消えにくいということになります。

また、パーキンソン病と同じように四肢や頸部が固くなって運動障害を起こしたり、自律神経の障害を起こしたりもします。パーキンソン病を長期間患っていた方がレビー小体型認知症になることもしばしばあります。「レビー小体」とは、もともとパーキンソン病の特徴と考えられていた神経細胞の中にできる小さな塊のことで、 α -シヌクレインというたんぱく質が異常になって蓄積したものです。レビー小体が、脳幹と呼ばれる部位に限局してできるとパーキンソン病になり、大脳にもできるとレビー小体型認知症になると言われています。

認知症の人の注意や覚醒状態によって、とても状態がよいときと明らかに状態が悪いときが交替して現れるなど、認知症の症状が日によって変動するといったこともレビー小体型認知症では見られます。

4 前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症の場合、脳の萎縮は前頭葉と側頭葉に強く、アルツハイマー病との比較では物忘れよりも自発性や関心の低下、言語障害、行動の変化などが目立ちます。頻度は認知症全体の数%ですが、初老期発症の認知症の中では10%以上の割合を占めると考えられています。

前頭型側頭型認知症の発症年齢は、その大部分が65歳以前で潜在的に発症し、ゆっくりと進行・悪化するといわれています。発症初期の段階から自分の行動を抑制できず、人間的な温かみ、共感や思いやりに欠けるなどの感情面が鈍くなります。結果的に他人に迷惑をかけていても、そのことに興味がもてない、反省しないというようなことがおきやすく、一方で他人の意見を聞こうとしない、自分勝手な行動や言動が多く見られます。周囲の人たちから見ると困った人間、自分勝手な人間というように思われ社会的な対人関係が壊れます。また、日常生活ではワンパターンな行動を繰り返す（常同行為）、自分の置かれている状況や場所に対する認識が比較的保たれるため外出しても道に迷わないなど、一般に知られている認知症とは症状が異なる点も特徴の一つです。

【参考文献】

加藤伸司（2005）：認知症になるとなぜ不可解な行動をとるのか，河出書房新社

川畑信也著（2007）：知っておきたい認知症の基本，集英社

認知症介護研究・研修東京センター（2008）：図表で学ぶ 認知症の基礎知識，中央法規

2

認知症介護の方向性

厚生労働省から平成 24 年 6 月 18 日に、「今後の認知症施策の方向性について」¹⁾が出されました。これからの認知症施策の基本的な考え方として、「世界に類をみない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである。かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない」と述べられています。認知症ケアの歴史を、加藤ら²⁾は大きく 3 つの時代背景に分け、山梨³⁾は 4 つに分けて捉えています。認知症介護の歴史を振り返りながら、認知症介護の方向性を一緒に考えてみたいと思います。

1 認知症介護の変遷

1 1960 年代から 70 年代（昭和 35 年～昭和 54 年）

この時代は、「ケアなきケアの時代」あるいは「身体介護中心・問題対処型ケアの時代」と呼ばれています。認知症の人のことを何も分からなくなった人と考え、認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たりのケアが行われていた時代です。高齢者のケアは、食事・入浴・排泄といういわゆる 3 大介護を中心とした身体介護が行われ、認知症の人の不可解な言動を、介護を困難にさせるやっかいな行動と考え、「問題行動」と捉えました。

認知症高齢者に対する社会的支援策は殆どなく、在宅介護が困難になると精神病院への入院が一般的でした。施設では、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、介護者は、能力を失った人の「世話をすること」が務めであると考え、本人の人格を否定したり、行動や言葉を抑制し、投薬や安易な抑制などが中心のケアが行われた時代です。

山梨は、「鉄格子や金網などに囲まれた環境、副作用のある薬の常用や身体拘束、浮浪者や精神病患者と認知症の高齢者を一色たんに収容するといった状況にあっても、自宅に連れて帰れない家族は見て見ぬふりで過ごすしかなかった時代である。また、当時を語る文献の多くから、介護者自身が過剰な投薬や不適切な対応を疑いもせずに、栄養失調などによる『殺人病院』と化していた様子を窺い知ることができる」と述べています。

2 1980 年代（昭和 55 年～平成元年）

「アクティビティ中心の時代」あるいは「認知症ケア模索の時代」と呼ばれ、環境重視と個別ケアが芽生え始めた時代といえます。

施設などでは、盛んに音楽や絵画、書道、工芸、園芸などさまざまなアクティビティプログラムが用意され、ボランティアなどの力も借りながら、施設のなかで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。身体介護中心のケアからは少し前進しましたが、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、用意したプログラムに利用者を合わせるといった現状でした。

認知症ケアは、身体介護・問題対処型ケアがいまだに中心ですが、徘徊、不潔行為などにも、個々の状態に応じたそれぞれの背景や意味があることに気付くようになり、抑制や隔離で問題を封じ込めようとするだけの対応から、個別の対応を模索する時代へと入っています。1960年代から1970年代における実践現場の悲惨さや、高齢者の尊厳を無視した対応に疑問を抱き始めた介護者や家族等が、手探りで新しい認知症ケアのあり方を模索し始めた時期でもあるといわれています。



3 1990年代（平成2年～平成11年）

この時代は、北欧諸国のグループホームケアが注目されるようになり、「新しい認知症介護の醸成期」といえます。多くの実践者や研究者がスウェーデンやデンマークの尊厳を支える「個別ケア」を学びながら、グループホームや宅老所の取組みが本格化し始め、わが国の認知症ケアの水準を高めてきたといえます。山梨は、「新しい認知症ケアを牽引するグループホームや宅老所が、決して制度の枠の中から生まれたものではなく、過去の不条理の上に当事者が自ら生み出したサービスである事を心に留める必要がある。家族や本人、医療・介護の関係者の手によって『高齢者の尊厳を支える』という理念に培われた新しい認知症ケアの始まりである」と述べています。

4 2000年代～（平成12年～）

この時代は、「その人を中心に据えたケアの時代」といわれています。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言われ始めました。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、「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」ことを提唱しました。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 パーソン・センタード・ケア

パーソン・センタード・ケア（Person-centred care）という言葉は、もともとアメリカの心理

学者 C. ロジャースの研究や、クライアントを中心にする精神療法から生まれた言葉だといわれています。このパーソン・センタード・ケアが、英国のブラッドフォード大学の故トム・キッドウッド教授によって提唱された認知症ケアのひとつの理念⁴⁾として用いられるようになりました。その人を取り巻く人々が社会と関わりをもち、人として受け入れられ、尊重されていると、本人が実感できるように、ともに行っていくケアといわれています。ここでは、水野による「実践パーソン・センタード・ケア」⁵⁾を基にして紹介します。

1 ひとりの「人」として認知症のケアを考える

認知症の人が机を叩いたり、大きな声を出したりすると「不穏」「興奮」と介護記録に書いて、その人には、ただ「困った人」というレッテルが貼られているだけということがあります。これは、認知症の人がしている行動・言動（特に困った行動）を安易に「認知症のせい」「認知症だからどうしようもない」と思い込んでしまっているのです。

「認知症」の人と考えると、ケアの限界となります。しかし、認知症の「人」と捉えると、ケアの可能性が広がります。認知症の症状は、対応（ケア）によって、良い状態にもなりうるし、逆によくない状態にもなりうるといえます。長い年月で見れば、着実に症状は次の段階へと進んでしまっていますが、その段階によって症状は固定しているわけではなく、ケアの質によって、認知症の人たちの症状は変化しうるのです。

2 パーソン・センタード・ケアとパーソンフッド

パーソン・センタード・ケアは、その考え方によって、ケアが楽になるわけではなく、また、楽になる方法や手段、テクニックを身につけるものでもありません。認知症ケアは楽な仕事ではなく、自分たちの想像力：imagination と創造力：creation を働かさなければならぬ、困難な仕事です。想像力と創造力を働かせると言うことは、言われたことをするというのではなく自らが考え、行動しなければなりません。そのためにも、自分の人間性を高め、自分の人生を充実させることが、認知症ケアの質を高める上で不可欠なのです。つまり、認知症ケアは、認知症とともに生きる人たちの生活もより豊かなものになることを目指しています。

パーソンフッド（personhood）は、「その人らしさ」と訳されていますが、「その人らしさ」という言葉には、認知症になってもその人の個性は変わらない、その人の大事にしているもの、したいことが自由にできると言った意味合いがあります。しかし、パーソンフッドには、その人の好きなものやできることを認知症になっても維持してあげるといった、ケア側が提供することだけではなく、認知症の人たちと我々との交流のなかで、お互いに分かち合い、尊重し合う姿、さらに、そのことを認知症の人たち自身が自覚し、意識する姿が込められています。

3 パーソン・センタード・ケアの出発点

パーソン・センタード・ケアの出発点は、第1に、記憶障害は他の障害と一緒にあり、恥ずべきことではない。また、それでその人の価値が減じることはないと捉えます。

第2に、人はハンディの不自由さよりも、人前で恥をかかされることを死ぬほど恐れている。だから、不自由さに対する援助と同様に、それぞれの人のプライド・誇り・尊厳を傷つけないことを

深く考えるべきです。

第3に、認知症だからといって、全てを諦めるのはおかしい。諦めて（諦められて）、辛く、放置された人生を送る人も多いが、工夫次第で明るく、楽しい人生を全うできるはずだと捉えます。

④ パーソン・センタード・ケアの5つの花びら（LOVE）

パーソン・センタード・ケアでは、以下の5つのことを大切にしています。

「くつろぎ」とは、緊張がなくリラックスしている状態と言えます。身体のどこにも痛いところや気持ち悪い点がなく、身体も気持ちもゆったりしている状態です。

「自分らしさ」とは、自分の生きざま、生き方そのもので、習慣、嗜好、思考などです。

「こだわり・愛情・結びつき」とは、それぞれの人が持っている価値観とも言えるもので、昭和初期の駄菓子や昔の家財道具などの一般的な懐かしい、古いものとは違います。理屈ではなく、どうしようもなく好きなもの、なんとなく落ち着くもの、これでない駄目というようなものです。

「自らたずさわる」とは、いくつになっても、できることはしたい。一方的に何かをやってもらっているだけでは気がすまない気持ちがあります。だから、食事の後に足や手の動きがおぼつかなくても、几帳面に食器を片付けようとするのです。

「つながり（社会との関わり）」とは、認知症の人の傍らに立ってその人のことを話し合うのではなく、認知症の人を挟んで話し合うことです。当事者をめぐっての話し合いに、本人がいるという当たり前のことを大切にすることです。

⑤ 他の人に何かをしてあげようとすることは、迷惑行為？

椅子を動かしたり、便を壁に付けたりという行動自体が良くない状態というのではなく、たとえ私たちにとって「負担であったり、困った行動」であっても、認知症の人たちが楽しんで、嬉しそうに（鼻歌交じりにニコニコしているなど）していれば「良い状態のサイン」だと理解します。

行動自体で良いか良くないかを決めることはできないし、決めようとしているではありません。外から見た行動ではなく、認知症の人がどのような気持ちでそれをしているかによって、いま、「良い状態」か「良くない状態」かを評価します。つまり、同じ行動をとっていても、その人の気持ちによって、良い状態にも、良くない状態にもなりうるということです。そして、ケアの質によって、「良い状態」にも「良くない状態」にも変わりうると言えます。

良い状態だと思えることができれば（思うように努力すれば）、それらを止めるのではなく、一緒に付き合ったり、感謝の意を示したりする行動が自然とでてきます。反対に、良くない状態と理解すると、止めさせようとする発想になるのではないのでしょうか。止めれば、怒り出すことにつながります。

⑥ 認知症ケアに携わる人に望まれる資質（ポジティブ・パーソンワーク）

誰もが一生懸命やりさえすれば、良い認知症ケアが提供できるのだろうか？ 創造力が求められる認知症ケアの現場では、本人の資質やセンス、広く言えば人間性が必要なのです。認知症の人たちは、認知症を患っていることとは関係なく、人として尊重されるべきです。「認知症高齢者の尊厳の尊重」とは、一緒に世界に住んでいると考えることが不可欠です。Aさんという人が、アルツ

ハイマー病になったとしても、わたしに話しかけ、歩いてくるのは、アルツハイマー病の高齢者ではなく、Aさんなのです。

障害とは関係なく、その人の名前を呼び、その名前を持った人として、当たり前の作法で話をし、行動をとれば、それがすなわち尊重なのです。つまり、認知症の人だから、わからないから、というような相手を無視するような態度をとってはならないということです。つまり、認知症の人と私たちの間に、高い垣根を作ってしまう、違う世界の人と考えた態度は「尊重」とは逆の態度であり、一人ひとりの人間として認めない態度と言えます。

7 パーソン・センタード・ケアとは

パーソン・センタード・ケアとは、認知症の人たちの能力を引き出し、自ら創造的な活動ができるように促すこと、さらには、認知症の人が周囲の人のために何かをしよう、してあげようという気持ち、さらに自分が尊重されているという気持ちを高め伸ばすことなのです。

大きな声を上げる、歩き回る、手をあげるなどの行動障害には、コミュニケーションをとりたいという気持ちがあります、何らかの意思表示であり、感情の表現と捉えます。つまり、たとえ負担に感じる行動であっても、良い状態と理解すれば、それを伸ばそうとします。声を上げたとするなら、どのような時にどのような大声を出すのか、もっと今より話せないかと工夫し、付き合おうとするでしょう。そこに「想像力」と「創造力」が必要なのです。

そして、我々にとって負担に感じる行動についても、認知症という脳神経障害によって起こるのではなく、私たちが引き起こしているのではないか、私たちの行動や言動、ひょっとしたら無意識のうちにとっている態度が、認知症の人たちの行動に影響を及ぼしているのではないかと考えるのです。だからこそ、まず振り返るべきは私たちの態度であり、その影響から起こっている行動・心理障害かもしれないと考えることが大切なのです。

パーソン・センタード・ケアの究極の目標は、パーソンフッド（1人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること）をより高めることです。

3 認知症介護理念の重要性

バルブロー・ベック・フリス⁶⁾は、「グループホームで最も大切なことは、“ケアの哲学”である。ケアの目標は、病気で混乱をきたしている老人の自尊心が高められることにある。治療に適した環境はどんな薬にも勝る。治療にふさわしい環境とは、“スタッフとともに患者が仲良く過ごしていること”につきるであろう。ケアの基本的で重要な心構えとして覚えておかねばならないのは、患者にとっては“正しくこたえられる”ことが最も大切ではないという



ことだ。肝心なのは、患者の自尊心を高め、その生活を楽しいできごとで満たすことである」と述べています。そして、グループホームにおける認知症ケアにバリデーション⁷⁾の考え方を取り入れています。

① バリデーションとは

バリデーションは、米国のソーシャルワーカー、ナオミ・フェイル氏が生み出した療法で、お年寄りの気持ちに共感し、そのまま受けとめることで、互いに気持ちを通わせることができます。バリデーションでは、①すべての人はそれぞれユニーク（個性があり個別）な存在です。ですから、必ず一人ひとりに個別に対応しなければなりません。②たとえ彼らが混乱した認知症状態にあったとしても、全ての人は人間として貴重な価値ある存在です。③お年寄りの混乱した行動の裏には、必ず理由があります。④お年寄りの行動は単に脳の構造上の機能変化だけではなく、加齢によって長い人生の中で起こる身体的、社会的そして精神・心理的变化を反映しています。⑤お年寄りの習慣となっている行動を強制的に変えることはできません。その本人が変えようと思わない（希望しない）限り、変えることはできません。⑥お年寄りは無条件で受容されなければなりません。どのような形であっても偏見を持つことは許されません。⑦人はその人生の中で、さまざまな課題に突き当たりながら生きています。その課題を十分に解決できずに過ごしてきて、不幸にして高齢期に認知症になったとき、そのことが心の中でやり残した課題として深く残っていて、それが問題行動として浮かび上がってきます。⑧共感と受容は信頼を築き、心配を減らし、尊厳を取り戻します。認知症の人の状況を本当に心から理解すれば、その人に対する介護の心構えが強くなるという8つの原則を大切にしています。

② 認知症介護の理念

故トム・キッドウッド教授やバルブロー・ベック・フリス医師、ナオミ・フェイル氏たちは、認知症介護にあたっての絶対におろそかにしてはいけないポリシーを強調しています。それは、認知症介護の哲学であり、理念です。理念とは、物事のあるべき状態についての基本的な考え方を指します。認知症介護の理念は、認知症介護の方向を示す道標となるものです。

認知症介護の理念のもとで、わたしたちは認知症の人に対してチームでケアにあたります。チームアプローチとは、介護サービスなど、チームを組むことにより、利用者に対して総合的で質の高いサービスを提供する試みです。チームアプローチは、コミュニケーションを通じて自分や他者に“振り返り”や“気づき”をうながし、個人や集団に変化をもたらします。認知症介護実践研修テキスト⁸⁾では、認知症介護が実践されていくためには、“介護理念”が介護現場の職員に対して具体的な“介護目標”として示されることが重要であると説いています。“介護目標”とは、認知症の人についての介護目標ではなく、介護者側の目標のこと、つまりその



事業所のなかで、「どのような介護のあり方を目指すのか」ということを指しています。認知症介護に携わる者は、ときどき認知症介護の理念の重要性を再確認することが大切です。

【引用・参考文献】

- 1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム (2012.6.18) : 今後の認知症施策の方向性について, P2
- 2) 加藤伸司・矢吹知之 (2012.4.5) : 認知症の理解と家族支援方法, ワールドプランニング, P6
- 3) 山梨恵子 : わが国における認知症ケアの実情と課題－認知症緩和ケアを視点に－, ニッセイ基礎研究所報, Vol.48 69-74
- 4) トム・キットウッド 訳 高橋誠一 (2005.8.9) : 認知症のパーソン・センタード・ケア, 筒井書房
- 5) 水野裕 (2008.1.10) : 実践パーソン・センタード・ケア, ワールドプランニング
- 6) バルブロー・ベック・フリス (1993.3.20) : スウェーデンのグループホーム物語, ふたば書房
- 7) ナオミ・フェイル : バリデーション, 筒井書房
- 8) 認知症介護実践研修テキスト (2008.1.20) : 認知症の基礎知識, 中央法規

BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）とは

1 BPSDとは

認知症によって生じる症状は、大きく「中核症状」と「周辺症状」に分けることができます。「中核症状」とは、記憶の障害や見当識（時間や場所の見当をつけること）の障害、理解力や判断力の低下など、認知症の基本的な症状となります。「周辺症状」とは、中核症状による影響によってあてもなくさまよい歩いたり（徘徊）、突然怒り出したり（興奮・暴力）、帰りたいと頻繁に訴える（帰宅願望）等の行動症状や、幻覚や妄想等の心理症状を指しています。以前、これらの周辺症状は、介護者にとって困った行動であり、これらの行動は問題であるとして「問題行動」や「行動障害」と呼ばれていました。しかし、これらの周辺症状は認知症者本人にとってみれば正当な理由や原因があって生じている症状であり、介護者側からだけの視点で問題と捉えるのは不適切ではないかとの批判が起こるようになってきました。

このような状況を背景に、1996年及び1999年に行われた国際老年精神医学会（International Psychogeriatric Association; IPA）での会議において行動障害という用語の代わりに認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）という用語が提唱され、認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状をBPSDとする定義されました（Finkel and Burns, 1999）。

これを契機に認知症による周辺症状はBPSDと呼ばれるようになり、現在では多くの専門家に広く使われるようになってきました。

2 BPSDの特徴

記憶の障害や見当識の障害、判断力や理解力の低下などの中核症状は、認知症によって必ず起こる症状ですが、BPSDは必ず起こる症状ではありません。主な原因としては、記憶障害や見当識障害、理解力や判断力の低下を基本として、周囲の環境や、人間関係、身体の状態、性格や気分などが影響して、不安や焦り、混乱によって引き起こされると考えられています。ですから、周囲の環境が整えられていたり、人間関係が良好であったり、身体が健康で痛みも不快もなかったり、気分が良好な場合には、不安や混乱もなく、記憶の障害があってもBPSDはほとんどなく、安心して生活することができます。いずれにしろ、BPSDの種類や程度は個人差があり人によって症状は異なり、さまざまな症状として生じてきますが、よくみられる症状の特徴としては表1のようにまとめることができます。

国際老年精神医学会では、これらの症状を行動症状（行動面に症状が現れるもの）と心理症状（心理面に症状が現れるもの）の2つに分類しています。また、対応や介護の難しさによって対応が最も難しい症状をグループⅠ、中程度に難しい症状をグループⅡ、比較的対応がしやすい症状をグループⅢの3つに分類しています（表2参照）。

表1 主なBPSDの特徴

種類	症状	特徴と定義		
心理症状	妄想	物取られ妄想	誰かが自分の物を盗んでいると信じている	妄想の結果、暴力をふるったり、攻撃したり、何かしらの行動をする場合は、行動と妄想は分けて分類する。不義妄想の結果、攻撃が生じる場合もあるし、自分の家ではない妄想の結果、徘徊が生じる場合もある。あくまでも、ここでは妄想症状があるかどうかで分類する。
		自分の家ではない妄想	自分の家ではないと思い、帰ろうとしたりする	
		配偶者は偽物妄想	介護者、配偶者を偽物だと疑っている	
		見捨てられ妄想	介護者、家族が自分を見捨てたり、施設に入れようとしていると思っている	
		不義妄想	配偶者、介護者、家族が自分を裏切っていると思ひこむ	
		その他の妄想	上記にあてはまらず、事実とは異なることを思いこんでいる場合	
	幻覚	幻視・幻聴・幻臭・幻触	実際にはそのような刺激が全く無いのに、あるかのような訴えや様子が見られる。無い物がみえる、聞こえる、臭いがする、身体をはっているなど。	
	抑うつ	憂鬱そうで生きていても仕方が無い様子。「死にたい」とか、自己卑下的な発言、楽しくないなど。		
	睡眠・覚醒障害	夜間に熟睡できず、何度も起き出したり、歩きまわったり、騒いだりしている場合。逆に、昼間に熟睡時間が長い場合。しかし、夜間の睡眠障害を条件とする。		
	不安	将来不安などを口にする		
誤認	知覚障害の一例であり、幻覚（外部刺激が無いのにあるかのように感じる）とは異なる	人物誤認、鏡に映った自分を他人と間違える。テレビ映像に関する誤認。		
行動症状	身体的攻撃性	他人に対してや物に対して暴力をふるう、たたく、ける、かむ、やぶるなど。その場合、実際に身体や物にふれていなくても、威嚇する身振りがある場合も含む。		
	徘徊	用や目的も特に認められないのに歩き回る。あるいは、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよう。とにかく同じ所をなんども行ったり来たりする。		
	不穏	穏やかでないといった意味で、落ち着かず、不安、怒りなどの感情面と、実際の行動として出現する。		
	焦燥	焦りなどに伴う行動、行為、発言		
	不適切な行動	物を不適切な場所にしまったり隠す行動（衣類をくずかごに捨てる、オープンに空の皿を置く）、性的行動などをさし、他者や社会的常識から逸脱し、迷惑を及ぼすような行動		
	無目的行動	本人には意味があるが、他者からは無意味でしかない動作や行為。財布の開閉、衣類を整理したり取り出したりする、服を着たり脱いだり、タンスの開閉など		
	喚声	奇声を発したり、大声を発したりする		
	悲哀	かなしそうな様子、泣く、泣き叫ぶ、涙を流す		
	言語的攻撃性	口汚い言葉を使ったり、人をののしったりする。怒りを伴う場合が多い。あくまでも身体的な暴力はない。		
	無気力	日常の活動や身の回りのことに興味を無くし、様々な事柄への関わりあいを失う。自発性や意欲が喪失するが、うつとは、気分変調や自律神経失調という点で異なる。		
	繰り返し同じことを言う	帰りたい、電話をしたい、～が欲しいなど、同じ要求が何度も繰り返される場合や、同じ質問が繰り返し行われる場合、同じ発言が繰り返される場合をさす		
	依存・不安	家族、職員や他者の後につきまとして離れなかったり、介護者を専有したがつたり、1人だと怖がったり、誰かと常に一緒にないと普通にしていられない。		
	拒否・抵抗	生活上の必要な行為や行動をしたがらなかったり、介護者からの指示に対して拒否的であったりする。		

* 国際老年精神医学会、日本老年精神医学会訳：BPSD 痴呆の行動と心理症状、p29、アルタ出版、2005 を参考に筆者が作成

表2 主なBPSDの種類と分類

症状の種類	グループⅠ	グループⅡ	グループⅢ
	介護や対応が最も困難な症状	対応や介護が中程度に困難な症状	比較的、対応や介護が容易な症状
心理症状	・妄想 ・幻覚 ・抑うつ ・不眠 ・不安	・誤認	
行動症状	・身体的攻撃性 ・徘徊 ・不穏	・焦燥 ・社会通念上の不適切な行動や性的な脱抑制行動 ・部屋の中を行ったり来たりするなど一見、無目的と思われる行動 ・喚声（悲鳴や叫び声）	・泣き叫ぶ ・ののしる ・無気力 ・繰り返し尋ねる

*国際老年精神医学会、日本老年精神医学会訳：BPSD 痴呆の行動と心理症状、p29、アルタ出版、2005 を参考に筆者が作成

3 徘徊、興奮・暴力、帰宅願望の特徴

1 徘徊とは

認知症者の徘徊とは、一般的に用や目的も特に認められないのに歩き回ったりあるいは、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じ所をなんども行ったり来たりするような行動とされています。国際老年精神医学会では、最も対応や介護が困難で頻繁に起こるBPSDとしてグループⅠに分類しています。よく見られる症状として、「物事を調べて回る」「人の後についていたり、しつこくつきまとう」「ぶらぶら歩き、または探し周り、無駄な試みをする」「目的なしに歩く」「夜間に歩き回る」「とんでもないところに向かって歩く」「繰り返し外に出ようと試みる」などが挙げられており、徘徊といってもさまざまな種類があります。大きく分類すると「本人なりの目的や理由があつてうろうろと歩き回ったりしている場合」と「特に目的や理由もなくさまよっている場合」、そして「同じところを何度も行ったり来たりと繰り返している場合」など3種類ぐらいに分けることができます。

それぞれの種類によって原因が異なるので対応方法も異なりますが、全体に共通しているのは、不安や混乱などの心理的な状態が原因で徘徊が起きていると考えられます。周囲の環境や自分が置かれている状況への無理解や混乱、知らない場所や、知らない人達に囲まれている中での居場所の無い不安や焦りによって、「ここから逃げ出したい」「落ち着く場所へ行きたい」「座る場所や居場所がないのでどこにいていいかわからない」などの心理によって徘徊という行動が起きていると考えられます。

2 興奮・暴力とは

認知症者の興奮や暴力は、周囲からみれば突然の行動であったり、意味不明な行動である場合が多く介護者もどのように対応してよいか苦悩してしまう対応が難しいBPSDです。興奮・暴力は、「他人や物に対して暴力をふるう」「たたく」「ける」「かむ」「やぶる」「ひっかく」「物をつかんで投げつける、たたきつける」などの行為で、実際に身体や物にふれていなくても、威嚇する身振りがあある場合も含める身体的攻撃性と、興奮や怒りによって口汚い言葉を使ったり、人をののしったり、大声で叫んだり、かんしゃくを起こしたりするような言語的攻撃性に分けることができます。国際老年精神医学会の定義によれば、興奮や暴力は焦燥に関連する行動として考えられており、本人の要求や困惑から直接生じたとは考えられないような不適切な言語、音声、行動をとることと定義されています。また、怒りの原因については、脳の損傷や神経伝達物質の濃度低下など「脳の器質的な要因」や、環境変化、物忘れ、コミュニケーション能力の低下、性格、介護者との関係による「心理的な要因」、騒音や照明、引越など「環境的な要因」が挙げられています。

認知症に伴う興奮や暴力は、多くの場合、周囲の環境や自分が置かれている状況への理解低下や混乱、知らない場所や、知らない人達に囲まれている中での居場所の無い不安や混乱がストレスとなり、周囲への攻撃として現れると考えられます。また、身体の不調や痛みによる気分不快や、周囲の理不尽な対応への抵抗としても現れます。何れにしろ、興奮や暴力には本人なりの理由があって、それらを引き起こしているのは中核症状や周囲の環境といった自分ではコントロールできない要因であることを理解して関わる必要があります。

3 帰宅願望とは

認知症に伴う帰宅願望は、帰宅の願望だけでなく帰宅の要求や帰宅行動が頻繁にみられるような症状であり、徘徊の行動と類似していますが、必ず帰宅の要求が伴うという点で徘徊とは分けて考えられています。国際老年精神医学会の分類では帰宅願望や帰宅の要求は定義されておらず、徘徊行動の症状の中に含まれています。帰宅願望の症状に共通しているのは、何れの症状にも「家に帰りたい」という訴えが一貫していることです。とにかくここは自分がいる場所ではないとか、落ち着かないとか、あるいは家に行かなきゃならないなどの理由で、職員に頻繁に訴える場合や、玄関に行ったら外に出ていこうとする場合などがあります。帰宅したい場所は、必ずしも自分が住んでいる家とは限らず、幼少の頃に過ごした家や場所だったり、落ち着く場所や、親しい兄弟や家族のいる場所だったり人によって意味が異なるようです。

しかし、いずれの場合も共通しているのは、現在の居場所が落ち着かない、あるいはなぜここにいるのか理由がわからないなど中核症状や周囲の環境や対応によって不安な状態にあるということです。つまり今いる場所が安心して過ごせる場所になれば、帰宅の要求や行動は無くなると考えられます。

4 BPSDへの対応の考え方

BPSDは記憶障害や見当識障害、判断力や理解力の低下などのように認知症になると必ず発症する症状ではなく、多くの場合、周囲の対応によって症状を予防したりなくすることが可能なものです。BPSDは介護者にとって対応が困難であるばかりではなく、認知症者本人にとってもとても辛く、生活を継続していくことが負担になっていることが想像できます。しかし周囲の理解と適切な関わりがあれば、認知症者の苦悩や不安は取り除くことが可能です。そのために必要なことは、認知症という疾患の特徴をよく理解することを前提として、まずは健康管理や体調管理、身体のケアをすること、そしてコミュニケーションを工夫すること、周囲の環境を整えること、日々の活動の機会を提供し役割や自信を回復すること、職員や他の高齢者、家族との人間関係を良好にすること、最後にケア体制を整えてチームとして、組織として、一貫したチームケアを行うことが重要となります。

【参考文献】

国際老年精神医学会、日本老年精神医学会訳（2005）：BPSD 痴呆の行動と心理症状、p29、アルタ出版

4

高齢者の疾病と BPSD

1 健康とは

世界保健機構（WHO）による健康の定義は、「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。（日本語訳：厚生労働省ホームページより）」とされています。更に「健康」の定義については、平成 10 年の WHO 執行理事会において、「完全な肉体的（physical）、精神的（mental、spiritual）及び社会的（social）福祉の Dynamic な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」と変更することが議論されています。

このように、健康とは、単に病気に罹っているかどうかではなく、精神的、社会的にも良い状態であることとされています。

ただ、「健康」を、「高齢者の健康」という視点で考えると「疾病・病弱がないこと」が良いのは当然ですが、もしかしたら「疾病に罹っているからといって不健康とはいえない。」という論理も成り立つのかもしれませんが。

例えば、疾病と健康を生活障害と関連付けて考えてみると、疾病による生活障害より、社会的・精神的に充足されないことのほうが、生活の大きな障害になっている、ということはよくみられることです。つまり、高齢者の健康状態を把握する場合、身体の障害や疾病の把握と同様に社会的・精神的な面も把握し対応していくことが必要だといえます。

このことは、これまでよく使用されてきた、ADL（日常生活動作）評価だけでなく、IADL（手段的日常生活動作）評価も用いられるようになったことや、センター方式シートに代表される本人の内面も含めて理解・評価するシートが広まってきたことからわかります。

2 日本の健康づくり施策について

2000 年にスタートした「健康日本 21」は、21 世紀の日本に住む一人ひとりの健康を実現するための、新しい考え方による国民健康づくり運動として始まりました。これは、自らの健康観に基づく一人ひとりの取り組みを社会の様々な健康関連グループが支援し、健康を実現することを理念としています。この理念に基づいて、疾病による死亡、罹患、生活習慣上の危険因子などの健康に係わる具体的な目標を 9 分野毎（表 1）に設定し、自己選択に基づいた生活習慣の改善および健康づくりに必要な環境整備を進めることにより、一人ひとりが稔り豊かで満足できる人生を全うできるようにし、併せて持続可能な社

表 1 第三次健康づくり運動

生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の課題となる 9 分野	
1. 栄養・食生活	6. 歯の健康
2. 身体活動・運動	7. 糖尿病
3. 休養・心の健康	8. 循環器病
4. タバコ	9. がん
5. アルコール	

健康日本 21

会の実現を図る事を目的としています。

この施策は2008年に改正されており、それによると従来行われてきた「二次予防」（健康診査等による早期発見・早期治療）や「三次予防」（疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図ること）に留まることなく、「一次予防」（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること）対策に重点を置き、壮年期死亡の減少及び健康で自立して暮らすことができる期間（健康寿命）の延伸等を図っていくことが目的となっています。

3 高齢化に伴う変化（老化）

人は一般的に、年齢を重ねるにつれて心身が変化していきます。加齢とともに変化する心身の特徴を理解することにより、高齢者の健康管理や尊厳を保ったケアに生かすことができます。

I. 人格の変化

1. ユニセックス化

ホルモン分泌量の変化により男性は女性化し、女性は男性化することからパーソナリティのユニセックス化と呼ぶ。

2. 内向性

自我エネルギーの減少とともに興味、関心が外的世界から内的世界へと変わるため、必然的に人格が内向性となる。

3. 慎重性

過去の経験を照らし、大きな失敗を避ける意識が強くなる。慎重性の獲得は、自我を保護し、自己価値を維持する一つの方法。

II. 性格の変化

1. 円熟型

若年期に見られた性格上の特徴が次第に目立たなくなり、人間性を増しながら、調和的で円熟した性格に向かう。たとえ立腹や頑固さが表面化しても、それらをほどよく自己抑制し、対人関係を悪化させない。

2. 強化型

若年期に見られた性格上の特徴が強化され、拡大していく。

3. 逆転型

若年期の性格上の特徴が、全く正反対となって出現する。

III. 免疫機能低下と易感染性

30歳を過ぎると加齢とともに免疫機能が低下し、抗体産生能が低下するため、易感染性となる。

Ⅳ．恒常性（ホメオスタシス）維持機能の低下

外部や内部の環境変化に対し、生体が体の環境を一定の安定した状態に保とうとする身体の機能が低下してくる。

Ⅴ．老年期症候群の出現と転倒の危険性

老年症候群とは青壮年時に通常見られないが、老年期に入り加齢とともに出現する身体的および精神的諸症状あるいは障害。老年期症候群は視力や聴力などの感覚機能の低下、易転倒性、低栄養、認知症やうつ状態による思考力の低下、免疫機能低下などが複雑に絡み合って出現する。

4 高齢者に多い疾病と対応

高齢者の多くは、病気をかかえています（表2）、中でも「基礎疾患」と呼ばれる慢性疾患を抱えているケースは非常に多いことが知られています。これには心臓や腎臓、肝臓、呼吸器系疾患など様々ありますが、高血圧、高脂血症、糖尿病等、他の病気を引き起こす原因になりうるものも含まれます。

表2 高齢者によく見られる疾患例

分 類	疾 患
生活習慣と関連の深いもの	脱水症、熱中症、歯周病、生活習慣病、メタボリックシンドローム
症候群	メニエール症候群、睡眠時無呼吸症候群、エコノミークラス症候群
感染症	肺炎、肺結核、褥瘡感染、敗血症、MRSA、疥癬
消化器疾患	胃食道逆流症、胃がん、胃潰瘍、大腸がん、胆石症
代謝疾患	骨粗鬆症、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症
泌尿器疾患	尿失禁、前立腺肥大症、前立腺がん
脳血管疾患	脳血管障害、認知症、慢性硬膜下血腫、パーキンソン病

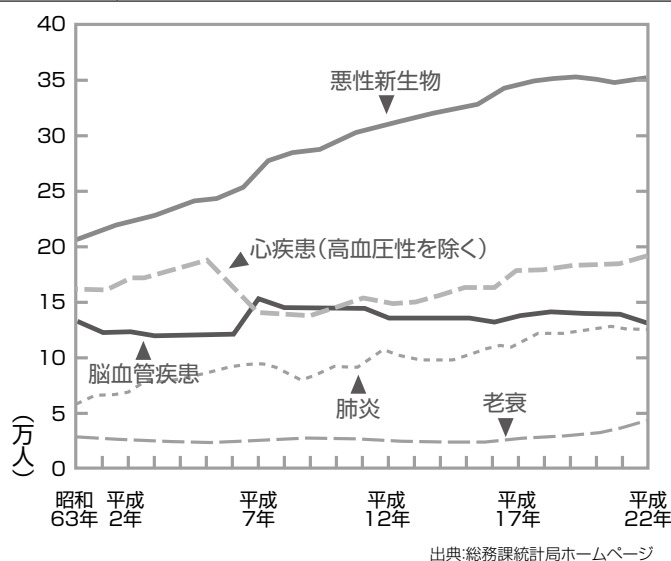


図1 主要死因別死亡者数

基礎疾患は死亡原因とも関連しており、主要死因別死亡者数（図1）では、心疾患や脳血管疾患、肺炎などが上位であることから、それがわかります。

近年は、高齢者の重度化が進んできたことにより、介護においても医学的視点を持った対応が求められています。医学的視点を持った対応といっても、医師の役割を介護者が担うということではなく、疾病や治療に対する知識や観察力を求められるということです。

例えば高齢者が頭痛を訴えた場合、その頭痛が高血圧などの基礎疾患に起因するものかどうかというのは、医学的知識の裏づけを持ち、なおかつ普段の様子とどこが違うのかを観察・聞き取りできる能力がないと、医師へ適切に説明する際の代弁者になるという役割が果たされません。また、知識という点では、介護保険の第2号保険者の場合、特定疾病に罹患している方は介護保険サービスの対象となるため、こういった知識も必要でしょう（表3）。

表3 特定疾病一覧

1	がん（がん末期）
2	関節リウマチ
3	筋萎縮性側索硬化症
4	後縦靱帯骨化症
5	骨折を伴う骨粗鬆症
6	初老期における認知症
7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）
8	脊髄小脳変性症
9	脊柱管狭窄症
10	早老症（ウェルナー症候群）
11	多系統萎縮症
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
13	脳血管疾患
14	閉塞性動脈硬化症
15	慢性閉塞性肺疾患
16	両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

5 疾病とBPSD（認知症に伴う行動・心理症状）

◎ 疾病とBPSD（認知症に伴う行動・心理症状）

基礎疾患は認知症の発症要因になることがあり、特に「脳血管疾患」を起因とする「血管性認知症」には大きく関わっています。また、基礎疾患はBPSDにも影響していると考えられます。

認知症高齢者は自分の体調をうまく言葉で言い表せないことがあります。心疾患による胸の苦しさや、腎疾患による疲れやすさ、血糖値の変化による意識障害など、本来は自分で原因がわかればうまく対処できることも、言葉に表せなかったり、自分の身体に起きている異常の原因が特定できなかったりすることから、思わぬ急変や周囲への暴言、不満となって現れるのです。また、こういったことは慢性疾患に限らず起こります。便秘による不快感は、興奮や不穏状態を引き起こしますし、下痢や発熱からくる脱水により一時的に意識が混濁し、つじつまの合わない発言をすることもあります。便秘は食物繊維の摂取とも関係しますが、水分摂取量や運動との関係も深く、活動量の少ない高齢者の生活スタイルからすると起こりやすいものです。また、高齢者は水分を一度に多く摂取することも困難ですし、身体に蓄えている水分量も若年者に比べると少ないことから、発熱などの症状により脱水状態に陥りやすい傾向にあることも考慮しなくてはなりません。

BPSDへの対応で必要な視点を、疾患との関連中心に考えると、

① 基礎疾患を知る。

② 普段の様子を知る。

③ 疾患による訴えがどういう形で表出されるかを知る。

といったことが挙げられます。訴えを適切に表現できない認知症の高齢者は、介護者がその仕草か

ら推測するといった手順が必要になります。BPSDが環境や関わりによるものか、疾患によるものを適切に判断することが、高齢者の快適な生活を創出するうえで重要な視点になると考えられます。

では脳血管障害やアルツハイマー病など、認知症の直接原因となる疾患の特徴を把握することで、対応はどう変わってくるのでしょうか。これまでの認知症ケアでは、認知症の原因疾患毎の特徴をとらえて、介護を提供するという考えは稀でした。しかし、認知症の原因疾患を把握し、その傾向を踏まえつつ予断を持たないで接することで、更にその人に適したケアが提供できることが臨床では知られています。例えば“まだら症状”といわれる、できることとできないことが極端なことから、本人の認知症の進行度を測りづらく、周囲の人が疲弊・混乱してしまう場合も、血管性認知症により、脳細胞がダメージを受けた場所が司る機能が失われたことから起こる症状で、その他の健康な脳細胞が司っている機能は元気なのだから、できることとできないことが混在することは当然であると理解できます。ピック病では性格変化などが起こりますが、正しい診断を受けていれば、介護者の心構えも違います。

また、BPSDが起こる原因についても基礎疾患が原因となっているのではないかと推測できれば、基礎疾患の治療によりBPSDが沈静化することも考えられます。そして、基礎疾患から将来予想される症状を頭に入れておくことで、認知症が重度化したとき、本人の訴えが言葉として発せされないときでも、周囲の人が様子を見て推測することで、病気の早期治療に役立つことでしょう。

「医療は病気を診て人を見ず」といわれることがありますが、逆に「介護は人を見て病気を見ず」ともいえるのでは、と思うことがあります。目の前のBPSDに注目してしまうあまり、その陰に隠れた疾患に関する情報をおろそかにしているのでは本末転倒です。高齢者の生活改善には幅広い視点が必要であるといえます。

【参考文献】

中島澄夫（2008）：高齢者医療，オーム社

齊藤昇，高橋龍太郎（2003）：高齢者の疾病と栄養改善へのストラテジー，第一出版