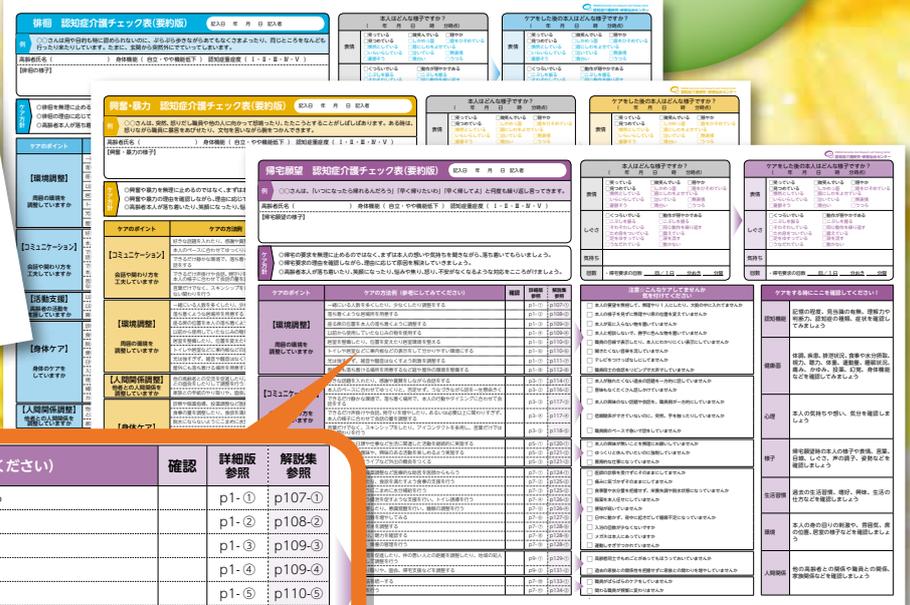


初めて認知症介護をする人へ

# 続 初めての 認知症介護

## 解説集

認知症介護  
チェック表付



| ケアのポイント                         | ケアの方法例 (参考にしてみてください)                                    | 確認 | 詳細版<br>参照 | 解説集<br>参照 |
|---------------------------------|---|----|-----------|-----------|
| 【環境調整】<br>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      | p107-①    |
|                                 | 落ち着くような居場所を用意する   |    | p1-②      | p108-②    |
|                                 | 座る席の位置を本人の落ち着くように調整する                                   |    | p1-③      | p109-③    |
|                                 | 以前から使用していたなじみの物を使用する                                    |    | p1-④      | p109-④    |
|                                 | 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      | p110-⑤    |
|                                 | 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      | p110-⑥    |
|                                 | 光は強すぎず、雑音や騒音はなるべく調整する                                   |    | p1-⑦      | p111-⑦    |
|                                 | 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      | p112-⑧    |
| 【コミュニケーション】<br>会話や関わり方を工夫していますか | 好きな話題を入れたり、感謝や賞賛をしながら会話をする                              |    | p3-①      | p114-①    |
|                                 | 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聞く                   |    | p3-②      | p116-②    |
|                                 | 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する               |    | p3-③      | p117-③    |
|                                 | できるだけ声掛けや会話、見守りを増やしたり、あるいは必要以上に関わらず、本人の様子に合わせて会話の量を調整する |    | 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

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| <b>1</b> 認知症とは .....                 | 18 |
| ① 中核症状と周辺症状                          |    |
| ② 認知症の種類                             |    |
| <b>2</b> 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                        |    |
| <b>3</b> 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                      |    |
| <b>4</b> 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

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| <b>1</b> 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         |    |
| <b>2</b> | 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               |     |
| <b>3</b> 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。特に介護初心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、介護初心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 )

**4** 【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？<br>( 年 月 日 時 分時点) |   |
|--------------------------------|---|
| 表情                             | <input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無関心している <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ                            | <input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 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？<br>( 年 月 日 時 分時点) |   |
|---------------------------------------|---|
| 表情                                    | <input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無関心している <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ                                   | <input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 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（たびたび道に迷うとか、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、電話の対応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（参考に見てみてください）           | ⑧ 確認 | ⑨ 詳細版参照 | ⑩ 解説集参照 |
|---------------------------------|---------------------------------|------|---------|---------|
| <b>【環境調整】</b><br>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を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していませんか
- 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してませんか
- 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  | <input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ | <input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそ<br><input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ | <input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 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 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こころがけてください。

2 詳細版

### 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

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】

◎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。

| 本人はどんな様子ですか？   |   |
|----------------|---|
| ( 年 月 日 時 分時点) |   |
| 表情             | <input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ            | <input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 動かない  |
| 発話             | <input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> 的確に返事をする<br><input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> ののしる <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 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                  | <input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ                 | <input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 動かない  |
| 発話                  | <input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> 的確に返事をする<br><input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> ののしる <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 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(たばたび道に迷うとか、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<br>方法  | ⑦ 確認 | ⑧ 取り組みの<br>参考例   | ⑨ 解説集<br>参照 |
|--|------|--|-------------|
| ①一緒にいる人数の調整をしていますか<br>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<br>1人にせず、大勢でいる場所をつくる<br>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<br>趣味活動を大勢で行ったり、少人数で行う                               | p44-①       |
| ②落ち着いて過ごせる場所を用意していますか<br>本人の要望や気持ちに合わせて落ち着ける場所づくりをしていますか                           |      | 落ち着いて会話ができる場所を用意する<br>落ち着いて座れる椅子やソファを用意する<br>畳やこたつなどがある場所を用意する<br>みんなが集まる場所で過ごしてもらう<br>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 方法

実施する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<br>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、他の人と争いごちがありますか  |   |
| 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ませんか<br>●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)

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 表情  | <input type="checkbox"/> 笑っている<br><input type="checkbox"/> 見つめている<br><input type="checkbox"/> 無然としている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう   | <input type="checkbox"/> 微笑んでいる<br><input type="checkbox"/> しかめっ面<br><input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> 泣いている<br><input type="checkbox"/> 青白い                                      | <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 泣いている<br><input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ | <input type="checkbox"/> くつろいでいる<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている<br><input type="checkbox"/> ため息をついている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている<br><input type="checkbox"/> うなだれている | <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> 動かない |   |
| 発話  | <input type="checkbox"/> 笑う<br><input type="checkbox"/> 叫ぶ  | <input type="checkbox"/> うたう<br><input type="checkbox"/> ののしる<br><input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ<br><input type="checkbox"/> 沈黙<br><input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> 笑っている<br><input type="checkbox"/> 見つめている<br><input type="checkbox"/> 無然としている<br><input type="checkbox"/> いらいらしている<br><input type="checkbox"/> 憂鬱そう   | <input type="checkbox"/> 微笑んでいる<br><input type="checkbox"/> しかめっ面<br><input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている<br><input type="checkbox"/> 泣いている<br><input type="checkbox"/> 青白い                                      | <input type="checkbox"/> 穏やか<br><input type="checkbox"/> 眉をひそめている<br><input type="checkbox"/> 無表情<br><input type="checkbox"/> 泣いている<br><input type="checkbox"/> うつろ |
| しぐさ | <input type="checkbox"/> くつろいでいる<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> そわそわしている<br><input type="checkbox"/> ため息をついている<br><input type="checkbox"/> 足をゆすっている<br><input type="checkbox"/> うなだれている | <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである<br><input type="checkbox"/> こぶしを握る<br><input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す<br><input type="checkbox"/> 震えている<br><input type="checkbox"/> 涙を流す<br><input type="checkbox"/> 動かない |   |
| 発話  | <input type="checkbox"/> 笑う<br><input type="checkbox"/> 叫ぶ  | <input type="checkbox"/> うたう<br><input type="checkbox"/> ののしる<br><input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ<br><input type="checkbox"/> 沈黙<br><input type="checkbox"/> 泣く   |   |
| 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覚えておかなければならぬ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こころがけてください。



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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新しいことが覚えられない、以前のことが思い出せない</li> <li>● 即時記憶→近時記憶→遠隔記憶の順に失われやすい</li> </ul>   |
| 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                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 時間(何時か、何年何月何日か見当が付かない)</li> <li>● 場所(自分がいる場所の見当が付かない)</li> <li>● 人物(周囲の人が自分とどんな関係が見当がつかない)</li> </ul>   |
| 失語・言語障害 | 失語には発語が中心のもの、言葉の理解の障害が中心のものがある<br>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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 換語困難(言い換え困難、言葉がうまく出てこない)</li> <li>● 語想起の低下(単語を思い出せない)</li> <li>● 言語理解の低下(相手の言葉の内容が理解しづらい)</li> <li>● 反響言語の出現(相手の言葉をオウム返りする)</li> </ul>  |
| 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                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 構成失行(立体図形や絵が模写できない)</li> <li>● 観念運動失行(単純な指示の動作が出来ない)</li> <li>● 観念失行(使い慣れた道具を使うことができない)</li> <li>● 着衣失行(衣類の着脱がうまくできない)</li> </ul>   |
| 失認      | 視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                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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)</li> <li>● 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)</li> <li>● 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)</li> <li>● 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)</li> </ul> |
| 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ってきました。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った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てきます。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

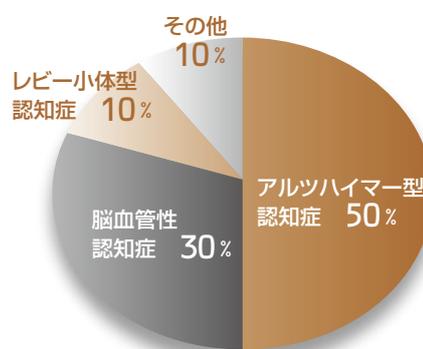
周辺症状は改善できる可能性があります。

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きます。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きます。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こ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、その場をとりつくりよう応答は得意です。

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されています。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があります。

## 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いたりします。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、 $\alpha$ -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、共感や思いやりが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、そのことに興味をもてない、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」<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>は大きく3つの時代背景に分け、山梨<sup>3)</sup>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、同じ時間に一齐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、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<sup>4)</sup>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」<sup>5)</sup>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ない、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。一方的に何かをやらせ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。

行動自体が良いか良くないかを定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、一緒の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る態度は「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<sup>6)</sup>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なければならないのは、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<sup>7)</sup>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<sup>8)</sup>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

## 3 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とすると定義されました（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                                     | 憂鬱そうでも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るとして離れなかったり、介護者を専有したがつたり、1人だと怖がつたり、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つたり、介護者からの指示に対して拒否的であつたりする。                                  |   |   |

\*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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・妄想</li> <li>・幻覚</li> <li>・抑うつ</li> <li>・不眠</li> <li>・不安</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・誤認</li> </ul>  |  |
| 行動症状  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的攻撃性</li> <li>・徘徊</li> <li>・不穏</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・焦燥</li> <li>・社会通念上の不適切な行動や性的な脱抑制行動</li> <li>・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</li> <li>・喚声（悲鳴や叫び声）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・泣き叫ぶ</li> <li>・ののしる</li> <li>・無気力</li> <li>・繰り返し尋ねる</li> </ul> |

\*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」「人の後についていったり、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、玄関に行って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誌（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 高年齢化に伴う変化(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期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      |

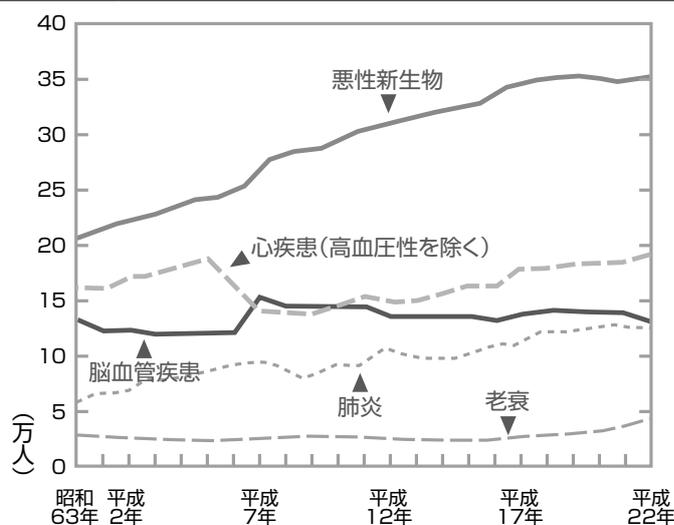


図1 主要死因別死亡者数

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  | 後縦靭帯骨化症                                  |
| 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  | 脊髄管狭窄症                                   |
| 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られないときでも、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



続・初めての認知症介護

# Ⅱ部

## 解説

# 1 徘徊場面における認知症ケアの考え方

## ◎ 徘徊における介護の目標とは

徘徊とは一般的に「あてもなくうろうろと歩きまわること」と言われています。しかし、認知症の方が歩き回ったり、彷徨ったり、どこかへ行こうとしたりすることには、何らかの目的や理由がありそうです。つまり認知症の方が歩き回ったり、うろうろしている行動は、徘徊とは少し異なるのではないのでしょうか。また、うろうろとさまよい歩く様子は一様ではなく、高齢者一人一人や、その時の状況によって色々です。何かを求めている場合や、とにかく不安で落ち着かない場合、また、どこかへ行こうとしている場合や、常に同じところを行ったり来たりしている場合など、徘徊という言葉でまとめて言うてしまうことはとても不自然な感じがします。



徘徊への介護の目標とは、とにかく徘徊と思われる全ての行動を無くしてしまうことではなく、徘徊の原因や理由を知り、高齢者本人にとって有害な状態を緩和して、落ち着いたり、安心したり、生活意欲が湧いてきた結果、徘徊のような行動が減ることです。

### ① 徘徊に伴う不安や焦りを緩和すること

徘徊といわれる行動の原因や理由としては、認知症の中核的な症状が影響しています。自分のいる場所がわからない、周りにいる人がわからない、とにかく居心地が悪くて落ち着かない、行きたいところがあるけど行き方がわからない、自分の部屋がどこかわからない、仕事に行かなきゃいけないのででかけたいなど短期的な記憶の障害や、見当をつけることが難しかったり、判断力が低下していたりと、認知症の中核的な症状が原因となって、不安やあせり、恐怖、落ち着かなさなど、気持ちが不安定になっていることが主な原因と考えられます。まずは、徘徊を減らすことよりも、先に心理的な不安を緩和して、徘徊に伴う苦痛を和らげることが必要です。

### ② 徘徊の頻度が減り、表情が和らぐこと

そして、もう一つは、不安や焦り、恐怖などを緩和し、心理的に安定してくれば少しずつ徘徊のような行動は少なくなってくるはずです。心理的な不安が原因ではない徘徊もまれにありますから、その場合は無理に減らすのではなくて見守ることも必要です。多くの場合は、心理的な安定感によって徘徊が減ることになると思いますが、この時に徘徊の減少だけでなく、その時の高齢者の表情やしぐさを見て、不安やあせりなどが無いかどうかを確認することが重要です。

## ◎ 絶対にしてはいけない介護

徘徊への対応として、絶対におこなってはいけない考えや介護は、徘徊だから問題であるという考え方、徘徊をしないよう行動を抑制すること、気持ちを無視したその場限りの対応などです。

### ①徘徊＝問題と考えるはいけない

あてもなくうろうろと歩いたり、落ち着きなく行ったり来たりしている様子を見て、あれは認知症だからしょうがないとか、異常な行動だとか、徘徊だから問題な行動だと考えることはしないようにしましょう。歩き回ったり、彷徨ったりすること自体は異常な行動ではありません。認知症に限らず一般的にも、知らない場所に行けばふらふらと散策がてら徘徊したり、あてもなくうろついてみたりすることもあります。認知症者にとっても、家に行きたいとか、会社に用事があるとか、ここは落ち着かないとか、色々な理由があって歩き回っていることが多いので、いわゆる正常な行動と捉えることができます。つまり、徘徊自体は問題ではないので、徘徊を無理にすぐに抑制したり、排除してしまおうとする必要はありません。問題なのは、徘徊をしている理由や目的、あるいはその時の感情が本人にとって有害かどうかです。ここには居場所がなくて、ここから逃げ出したいとか、早く立ち去りたいとか、不安や孤独感などが原因となって徘徊を引き起こしているのであれば、不安や孤独感、悲哀、焦燥などのネガティブな感情を緩和し、落ち着いてもらうことが必要です。まずは落ち着いてもらうことを目標にケアを行い、その結果、徘徊が減ったり、なくなったりすることがあるかもしれません。

### ②行動を抑制してはいけません

徘徊を問題視し、徘徊を減らしたり無くしたりしようとする、部屋に閉じ込めたり、玄関に鍵をかけたり、行動範囲の制限をするようなケアを行ってしまいがちです。あるいは、本人の身体を抑制して動けないようにする場合もありがちです。このような対応は、徘徊という行動を見えなくすることはできますが、根本的に無くすことはできません。徘徊をしている本人の気持ちや、気持ちを起こしている原因に対応しない限り、徘徊の根本的な解消はありません。臭いものにふた方式で行動を抑制しても、徘徊を見えないようにしているだけです。

### ③気持ちを無視した対応は意味がありません

徘徊を無くすことだけが目的になると、その場限りの対応をしてしまいがちです。とりあえず一緒に歩いてみて話をしてみたり、玄関から外に出ないように監視してみたりと一時的には徘徊を防止できますが、すぐに再発してしまいます。徘徊の原因となっている理由や目的を理解し、徘徊をしている気持ちを理解できなければ根本的には徘徊は減少しません。なぜ、落ち着かないのか、なぜ外に出たいのか、なぜうろうろとしているのか、本人の気持ちや理由に応じた対応ができれば心理は安定し、自然と徘徊という行動は減少していきます。まずは、本人の心理や気持ちを考えることが重要です。

## 1 環境の調整

認知症が進むと、今いる場所を客観的に判断することや理解することがむずかしくなり、不安感や混乱を生じやすくなると言われています。認知症の中核症状には見当識障害があり、一般に「時間」「場所」「人」の順に症状が進むとも言われています。

例えば、認知症の人が引っ越しや入院を機に症状が悪化することは、私たちもよく経験するところですが、慣れ親しんだ環境が変わることで、その行動に大きく影響を受けることは私たちにも容易に想像が付きまします。本人にとって「ここがどこだかわからない」、今いる場所に「なじみがない」、「違和感がある」と感じられる環境などが、徘徊を引き起こす要因の一つと言えるでしょう。

環境には、温度、音、光、におい、家具、空間などの物理的環境要因と、介護者も含めた周囲の人たちとの関係性といった人的環境要因があります。環境調整の基本は、場所を覚える、環境に親しむ、今いる場所が楽しい所になるなど、不安を軽減することや混乱を招かないような環境を整えることにあると考えられています。

### 1 グループや人数の調整をする

自宅において、たくさんの家族と一緒に暮らす人は、それほど多くはないと思います。しかしながら、施設・事業所ではそれらの生活が一変します。今までに見たことも聞いたこともない人と、ある日突然に暮らし始めるのですから、中にはウマの合わない人がいてもおかしくありません。また、人が集う場所を好む人、逆に大勢で集うことを嫌う人など、一人ひとりの性格、置かれた状況によっても違ってきます。そこでの人間関係や本人の様子を見ながらグループや人数等の調整を図ることが重要なポイントです。

#### 実際の取組例

##### 1. 食卓の人数を少なくする

食事の時に他の利用者と顔を合わせる機会が、施設の場合はどうしても多くなります。大勢が集う生活は違和感や緊張感を与えることが少なくありません。例えば大食堂のコーナーに少人数のためのスペースを設けるなど、ゆっくり滞在できる環境づくりを心がけましょう。

##### 2. 仲の良い人だけを同じテーブルに集める

スタッフや他の入居者などの馴染みの関係にある方が近くにいると感じるだけで、認知症の方は落ち着くことができます。周囲の人たちが顔見知りであることや、気の合う人たちが多ければ、それだけ本人にとっては居心地の良い場所として認識してくれるのではないのでしょうか。

##### 3. 他の高齢者に事情を説明し理解してもらおう

周囲の人が、認知症の人を受け入れてくれることで、つじつまの合わないことがあっても、うまく取り繕ってくれることがあります。他の利用者にも行動の説明をすることで、スタッフだけでなく周囲の人たちがサポートしてくれる状況を作り出すことが、本人の安心できる環境を整えることにもなります。

#### 4. 他の高齢者との関係調整を行い、友人を増やす

人とのつながりを感じられる環境は、その場所にいることの理由になります。「みんなといる」という人的な環境としての演出も、徘徊を予防するには効果的な方法と言えるでしょう。

#### 5. 他の高齢者に話を聞いてもらえよう調整する

大勢の中に相性の悪い人が必ずいるように、なぜか気になる、むしろ好意を感じる人もいるものです。利用者の中には、私たち専門職のように認知症についての理解から話を聞くというのではなく、生活を共にする仲間意識から話が聞ける人がいます。そのような方が施設内にいれば、スタッフが対応するよりも落ち着いて生活できる可能性ははるかに高まります。認知症の人にだって仲間意識はあるのです。



## 2 落ち着く場所づくり

どこを見ても白いベッドと壁だけの空間にいたのでは、認知症の方は落ち着くことができません。また、少なくとも介護職員が目の前をバタバタと走りまわる環境は、認知症の人でなくとも落ち着ける環境とは言えないでしょう。

例えば、観葉植物や照明を置き、ソファ等でゆっくり過ごしていたり、園芸好きの利用者が植物の世話をしていたり、一方ではご家族との時間を過ごされたり、本を読んで静かに過ごされる方がいたり・・・落ち着ける環境とは人それぞれではないでしょうか。

また、暮らしにおける私たちのスピードと、認知症の人のそれとは時間感覚が違うと言われていきます。認知症の方がゆったりと過ごせるように、時間がゆるやかに流れる空間づくりが求められるのではないのでしょうか。そういう意味では時間の流れ方も環境の一つと考えることができます。

### 実際の実例

#### 1. 居室に誘導し、一人で過ごす時間を作る

居室は一人で過ごせる、本人にとってリラックスできる空間です。本人のペースで周囲の環境の影響を受けずに過ごすことができるからです。周囲の影響を受け、気持ちに動揺が見られたり、行動が激しくなりそうな時などは、居室に誘導し一人で過ごす時間をつくることも効果的な方法です。

#### 2. 一人で過ごせる場所を用意する

居心地の良い空間は人それぞれですが、本人なりのお気に入りの場所があるかもしれません。そのため、日頃から本人の生活の様子を観察することが重要です。そういった場所を探し、誘導することで、落ち着いて生活することが可能になるかもしれません。

### 3. 落ち着いて会話ができる場所を用意する

認知症の人の脳は、一度に入ってくる外部からの情報に非常に敏感とされています。話をしている最中に、目に入るものやテレビの音がうるさかったりすると、集中して話を続けることがむずかしくなります。気持ちがいらだって来たり、落ち着きがなくなったりしたときは、静かな場所で話を聞くことも一つの方法です。

### 4. 不安感や混乱を引き起こすものを目立たせない

非常口の誘導灯や消火栓ランプなど、日常生活の場になかったものが目に入るとそれだけで認知症の人の不安感や混乱を増幅させます。生活の安全に配慮しつつ、必要以上に目立たないようにする工夫が大切です。

## 3 席の位置を調整する

認知症の人の中には、刺激の量を調整しなければ落ち着けない方たちがいます。刺激の調整がうまくいかなかった場合、周囲の状況をうまく判断できず、焦燥感や不安感が増幅されることで徘徊につながりやすくなってしまいます。

そのような方たちには、他の大勢の人の姿が目に入る位置や、職員が頻繁に行ったり来たりするような姿が目に入らないようにするなどの居場所（席の位置）の工夫が必要となってきます。

### 実際の取組例

#### 1. リビングの座席を変更する

落ち着かない状況が続くようであれば、パーテーションや衝立、柱などを利用し、あえて「死角」を作ることも、不安や混乱を軽減するためには効果的な方法の一つです。

#### 2. リビングに専用の席を用意する

スタッフが場所の誘導をしたり、その方に関連するものを置くなど、意識的に「○○さんの居場所」を演出することも、安定的な居場所づくりには必要なことです。

#### 3. トラブルがあった人と一時的に距離をおく

利用者間のトラブルがあった場合、認知症の方でなくともお互いに気まずい空気が流れます。その空気は徘徊を誘発する原因の一つともなります。関係性が改善するまでは互いに距離を置くなど、スタッフが配慮するようにしましょう。

## 4 なじみの物の調整をする

認知症高齢者は、慣れ親しんだことをよく覚えていても、新しい環境を判断・理解することが苦手です。どうしても新しい環境にしなければならぬときは、環境を徐々に変えていく工夫や、古い環境を一部でも持ち込むなどの配慮が望まれます。なじみの物のない空間は『自分が自分である』

ことを確かめることができなくなり、よけいに不安や混乱を膨らませます。

### 実際の実例

#### 1. 自宅での生活空間を再現する

環境が変わると、それに適応しなければならない高齢者は大きなストレスを感じます。ストレスから行動を起こすことが少なくないわけですから、私物の持ち込みをできるだけ制限しないなど、これまでの生活空間をできるだけ変えないようにすることが大切です。

#### 2. なじみのある生活用具を使用する

最近では世の中に便利なものが増えましたが、それは必ずしも高齢者にとって便利なものとは限りません。家具や日常用具など、本人が生活の中で使っていたものと同じ機能やデザインにすることで認知症の人の生活を助けてくれることになります。新しく便利なものが、生活を妨げることもあるということを考えておく必要があります。

## 5 居室の環境を整える

私たちがそうであるように、本来の居室は、単に物理的な一人部屋であればいいというわけではありません。そこには認知症の人の生きてきた足跡があり、個人的な趣味や嗜好が表現される空間である必要があります。

本人にとってプライベートで、またリラックスできる「気ままな空間」として居室を整えておこうとするならば、私物を持ち込むことで「居室」を「自室」に変化させていくことが重要なポイントとなります。



### 実際の実例

#### 1. 自宅で使用していたものを居室に置く

なじみのある家具やものは、記憶をそっと刺激しその場所にいる理由になります。自宅で使っていた椅子やカーテンなどを居室に置くなど、今まで使ってきたものを居室に持ち込み、その人らしく設えることは、お年寄りの生活に連続性をもたせ、生活や気持ちの安定につながります。

#### 2. 居室に家族の写真を飾る

自宅で使っていた椅子を置いたり、家族の写真を飾るなど、人生の足跡を感じ取れる環境は、自分だけの空間になるのではないのでしょうか。そういった意味では個性に合わせた環境づくりの視点が重要になってきます。

## 6 分かりやすい居住環境をつくる

例えばトイレの位置などがわからなくなり、それを探しに歩き回るといったことも、施設などではよく聞かれる話です。本来あるべきところに求めるものがないとすれば、認知症の人でなくとも迷うことは、ごく自然な姿ではないでしょうか。

自分がどこにいるか、なにをすることがわかりやすい環境は、認知症の人の暮らしを助けます。認知症の人にとって、落ち着ける環境も大切なことですが、機能的でわかりやすい環境であることも重要な視点です。

### 実際の取組例

#### 1. トイレや居室に目印となる表札や案内板を掲示する

生活場面でいかにできること、わかることを活用するか、が重要であり、理解しやすい位置情報、例えばトイレや居室に目印となる表札や案内板を掲示するなど、本人にとってわかりやすい情報が、認知症の人の失敗を減らすことになり、そこでの暮らしを支えることにつながります。そのためには、本人ができること、わかることをしっかりと把握した上で環境を整えることが重要です。

#### 2. カレンダーや季節感を感じさせる環境づくり

壁にカレンダーや日めくりを貼ったり、テーブルに季節の花を置いたりすることは、見当識障害による混乱や不安感を軽減する手助けになります。「今がわかる」「季節が感じられる」環境をつくる工夫を心がけましょう。

#### 3. 目的にあった環境を整える

ただわかりやすいだけでなく、生活に潤いをもたらしたり、その人らしさが尊重されるような工夫が必要です。例えば、食事の際には、花を飾り（視覚、臭覚）、クロスをかけ、陶器の茶碗（触覚）を用意するなど、目的にあった環境を整えることで、認知症の人の「何をするのか」「どうしたらいいのか」という不安や混乱を防ぐことにつながります。

## 7 光や音などの刺激を調整する

認知症の人にとって、強い刺激はストレスになって過敏に反応することがあります。また、逆に刺激が少なすぎると認知症の症状や身体状況が悪化するという現象を引き起こします。認知症によって五感（視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚）から得る刺激や情報を整理・調整する能力や、理解する機能が徐々に低下するなど刺激に対する反応は人によってまちまちです。一人ひとりの生活ペースをまもりつつ、その人の好みや性格、その日の気分に合った視覚・聴覚・においなどの刺激があること、明るすぎない照明や好きな音楽を流すなど、本人がリラックスできる環境を整え、「居心地の良い場所」として認識されることで徘徊頻度の減少が期待できます。

## 実際の取組例

### 1. 生活の中の「におい」を演出する

「におい」の記憶は、深くその人の人生の記憶につながることも少なくないと聞きます。自宅と同じ芳香剤や入浴剤など、今までの暮らしの中での「におい」、例えばコーヒーやご飯を炊く時の香りなど、演出してみるのもひとつの方法です。何かのはずみに思い出す、忘れがたい大切な記憶を呼び起こすことで、気持ちが落ち着くことがあるかもしれません。

### 2. 照明の明るさを調整する

暮らしに欠かせない照明は、ただ明るければいいというものではありません。人によって明るさの感覚は違いますが、居室やリビングで寛ぐときなどは、少し明るさを落としたほうがリラックスできます。どの程度の明るさが適切なのか、一人ひとりの表情などを観察し調整することが必要です。

## 8 屋外の環境を整える

屋外の環境は、建物内では得られない自然に触れる機会を提供することにあります。一日の時間の流れや季節の実感などは、長い人生のなかで記憶に深く刻まれたもので、体に染み込んだ記憶とも言えます。小鳥のさえずり、木漏れ日、風の音、緑の香り、雨上がりの土のにおい、五感に働きかけ、感情をそっと揺り動かすような刺激が、建物の外にはたくさんあります。徘徊することを恐れて建物の外に出さないではなく、本人の気持ちの安らぎを目的に、かかわっていくことが大切なのではないでしょうか。

しかしながら、徘徊する認知症の人や施設スタッフにとって、最大のリスクは元の場所に戻ってこれなくなることです。万が一のことを考え、迷子札やGPS付携帯電話を持たせることや、経路や近所の方にも事情を説明し協力を依頼しておくことも安全に屋外へ出るための予防的なケアと言えます。



## 実際の取組例

### 1. 近所の人との交流場面をつくる

認知症の症状が進み、買い物途中で何をどうしたらいいかわからなくなったり、歩きなれた道なのに迷子になってしまったり、徘徊が始まったりした場合、一緒にお年寄りを探し、見つけたときに声をかけて助けてくれるのは、地域の人々です。日頃から認知症について説明し、理解と協力を求めておきましょう。

### 2. 安全に散歩できる環境を整える

屋外には、多くの潜在的な危険があります。安全に屋外に出るためには、スタッフが自然な方法で入居者の状況や活動を容易に見守りやすく、また入居者が不安や孤立感を感じたときにスタッフを容易にさがすことができる人的環境を整える必要があります。オーソドックスですが、本人の様子を観察しながら一緒に散歩するなどの方法は有効な方法の一つと言えるでしょう。

### 3. 安全に外出できる環境を作る

地域によっては、「見守り・SOS ネットワーク」がすでに構築されているところも少なくありません。地域の社会資源を活用することも重要な視点であり、認知症高齢者の生活を支える環境の一つと言えます。

#### 【参考文献】

- E. C. Blawley 訳 浜崎裕子 (2002)：痴呆性高齢者のためのインテリアデザイン，彰国社  
 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  
 ケアと環境研究会 (2002-2005)：認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本版 3  
 J. Cars & B. Zander 訳 訓覇法律子 (2004)：痴呆の人とともに [痴呆の自我心理学入門]，クリエイツかもがわ  
 高橋誠一・三浦研・柴崎祐美 (2003)：個室・ユニットケアで介護が変わる，中央法規出版  
 外山義 (2003)：自宅でない住宅，医学書院  
 認知症介護研究・研修仙台センター (2010)：初めての認知症介護 食事・入浴・排泄編 解説集，認知症介護研究・研修仙台センター  
 認知症介護研究・研修東京センター (2006)：第2版新しい認知症介護 実践者編，中央法規出版  
 U. Cohen & G. D. Weisman 訳 浜崎裕子 (1995)：老人性痴ほう症のための環境デザイン，彰国社

## 2 コミュニケーションの工夫

介護専門職の「コミュニケーション」とは、漠然と会話をするのではなく「目的を持ってコミュニケーションをとる」ことを指します。認知症介護におけるコミュニケーション技術は、本人の身近な存在で、その気持ちを代弁する役割を持つ専門職にとっては「何よりも大事なもの」といっても過言ではないくらい重要なものです。

これまで徘徊は「無目的に歩きまわること」とされてきましたが、近年はほとんどのケースにおいて「目的がある」ことがわかっています。認知症は記憶の障害を中核とする病気ですが、罹患とともにこれまで生きてきた全ての記憶が失われるものではなく、またその中心となる短期記憶障害においても、すぐに全く新しいことが覚えられなくなるわけではありません。従って安易に現実とは違うことと言いくるめる“騙しのケア”を行うのではなく、本人の目的や残存能力を見極めて接することが必要です。

### 1 会話の内容を工夫する

まずは、徘徊を止めようとする“抑制の会話”をするのではなく、なぜ徘徊に至っているのか？真意を理解するための会話を行います。私達はい、何とか徘徊を収めようとして“だましのケア”や言葉による抑制を行ってしまいがちですが、それでは徘徊に至る根本原因が不明のままになり、解決までかえて時間がかかります。本当の理由がわかることで、解決につながることを期待できます。

#### 実際の取組例

##### 1. 目的や理由を確認してみる

徘徊には多くの場合、本人なりの理由や目的があるようです。本人の気持ちを知るためにもそれとなく会話の中で確認してみることも必要です。直接、唐突に「なんで歩いているんですか」などと聞くのではなく、「どうしましたか」など本人の状態に合わせて気分を損ねないように聞いてみてください。ご本人の返答の中から、徘徊している原因がわかるかもしれません。

##### 例 1

お困りのようですね。どちらに行かれるのですか？

ほとんどの徘徊は目的があることが知られています。まずは率直に本人が何を考えているのかを聞き、それについて解決方法を考えることが重要です。

##### 例 2

あなたがそうされているぐらいですから、よほどのことかと思えます。よろしければ理由を教えてくださいませんか？

徘徊が悪化する原因に「誰も自分のことをわかってくれない」と不信感を持つ場合があります。「あなたのことを大事に思っている、信頼している」と感情を伝えることで、真意をくみ取れる場合があります。

## 2. 本人の関心のあることや、好きな話題について話をする

例 1

〇〇さんは釣りが好きだったんですね。海釣りですか、川釣りですか。どんな魚が釣れたんですか。釣りはおもしろいですか。今度教えてください。

事前に家族から本人の昔の趣味や生活習慣を聞いておき、好きなことや熱中したことを話題にして声をかけ、楽しそうに話をしだしたら、色々と質問したり、尊敬しながら話を聴いてみてください。昔得意だったことの話をするのは、とても気持ちのいいものです。

例 2

〇〇さんは大工さんだったんですか。じゃあ家をたくさん建てたんですね。すごいですねえ。

趣味や特技がある高齢者ばかりではありませんので、その場合は、仕事の内容を調べておき、仕事の話について触れてみるも効果的です。特に男性の場合は、仕事に没頭していた方が多いので、仕事の話について色々と話を聞いてみると、とても丁寧に教えてくれることがあります。

## 3. 感謝したり称賛したり、肯定的な言葉を多用する

例 1

いつもありがとうございます。

例 2

〇〇さんがいてくれて助かります。

例 3

〇〇さんはとても大切な人ですよ。

今いる場所の居心地が悪いため、「帰ります」と徘徊につながる場合があります。今いる場所が自分にとって過ごしやすい場所、有用感を感じる場所、必要とされている、と感じさせる関わりが徘徊を軽減させることにつながる場合があります。

## 4. 今の状況や今後の予定について説明をする

例 1

家の状況や入居の説明をする。

入居に至った状況や今おかれている環境に納得されていない場合や、理解できていないことがあります。繰り返し今の状況を説明し、本人の納得を引き出す関わりが必要です。

例 2

声かけの際にさりげなく、時間と場所、この後のスケジュールをお伝える。

何をしたらよいか、自分はなぜここにいるのかという不安から徘徊につながる場合があります。不安を取り除くように何度でもやさしく丁寧に説明することで、徘徊が軽減することがあります。

## 5. 得意なことを探して、頼りにするような言葉かけをする

例 1

〇〇さんは、華道の先生だったんですか。今度、皆さんにもお花の活け方を教えてくださいね。

認知症になって認知機能が低下すると以前にできていたことが、できない場合が多くなります。少しずつ自信がなくなってきて塞ぎがちになりますが、以前していたことや特技は身体が覚えていますので、できるだけ職員が頼ってみるといいかもしれません。会話の中でも教えてもらう機会を多くし、ご本人のプライドや自信を回復することが必要です。

## 2 会話の方法を工夫する

正面に立ち、行く手を阻むような対決姿勢をとることはせず、横や斜め前に立ち、相手へ圧迫感を与えないようにします。こちら側が伝えたいことを話す前に、相手が思いを表出できるよう、聞き役を中心とした会話を心がける必要があります。



### 実際の取組例

#### 1. 否定せず、説明せず本人の話を共感しながら頷いて聞く

例 1

「なるほど、そうですね」「それは困りましたね」「私にもできることはありませんか」

どこかに行こうとしているときに安易な否定は、信頼関係を損なうばかりか、力比べのように高圧的に接して抑え込もうという心理に偏りがちになります。まずはよく話を聞き、ともに解決に向けて進もう、という気持ちで接します。

#### 2. 本人が話したいときに、ゆっくりとペースを合わせて会話をする

例 1

「お困りごとがあればいつでも話してください」と相手の呼吸、ペースに合わせて視線を工夫し、プレッシャーを与えないように声は低音で、ゆっくりと声かけする。

相手が心を開いてくれるように仕向けるため、自分の話術を過信するのではなく、相手が話しやすいような雰囲気を出せるようにします。

### 3 会話する状況を考える

徘徊時、本人は強い不安感を抱えている状態にあることが想定されます。他者がいる前で事態を大きくすると、興奮を助長させることになります。本人が、「私の話を聞いてくれた。この人なら解決してくれる。」と思いやすい状況を作って会話することが必要です。

#### 実際の取組例

##### 1. 場所を変えて静かなところへ誘導する

例 1 落ち着いた場所で話を聞かせてくれませんか？

認知症の方は情報過多になっていると正しい判断ができにくい場合があります。冷静に情報を整理できるよう、人目の少ないところへ移動することも有効です。また、周囲が雑音でうるさくて落ち着かなかったり、他の人との関係がよくない場合は、誰にも知られないように職員と2人で話のできる場所が必要です。本人の居室や、みんなが集まるリビングから少し離れたテーブルで静かに話をしてみましょう。

### 4 コミュニケーションの量を調整する

高齢者の不安や寂しさを和らげようと関わりを多く持つことは必要ですが、相手の状態に構わず、やみくもに話しかけることはかえって混乱や不信感を増長させることがあります。相手が今どういう状況なのか見極めて、コミュニケーションの量を調整する必要があります。

#### 実際の取組例

##### 1. 声かけや会話を増やしたり、減らしたりと調整をする

例 1 不安感を持っている場合、誰かに自分の思いを理解してほしいと感じる時には、じっくりと話す時間を設ける。

例 2 イライラしている状態、混乱しているときは、そっと見守り、周囲に関心が向けられるようになったら声かけを試みる。

表情やしぐさをよく観察し、「今は混乱しているかな？耳を貸してくれそうかな？」と状態を推測し、対応する習慣を身につけることが必要です。

## 5 非言語的な方法を多用する

認知症が中等度から高度になると、介護者の言葉の聞き間違いなどにより、声かけを悪く解釈し、かえって興奮を招くことがあります。また、認知機能の低下によって、言葉の理解力が低下し会話の内容がよくわからず、会話自体がストレスになる場合があります。会話だけでなく、手に触れたり、肩に手をかけたりして言葉以外の方法を用い、安心を与えるように働きかけます。

### 実際 の 取組例

#### 1. 手に触れるなどスキンシップを行う

##### 例 1

相手の反応を見てそっと手を握り、安心感を持っているか確認する。

手を握る、そっと背中をさするなど、適度なボディタッチにより、心情が和らぐことがあります。相手が嫌がるときもあるので、自分と相手との関係性を考慮すること、その時の反応を見ることが必要です。

### 3 活動の支援

徘徊する人への活動支援を考える際に最も大切な視点は「また徘徊が始まった」というレッテルを貼らないことです。レッテルを貼ってしまうとそこで思考が停止してしまいます。むしろ「徘徊する(歩きまわる)ことで歩行力の維持に役立っている」くらいに視点を置き換えることが重要です。

また基本的な視点としては安全に配慮すること、疲れすぎないことなどに注意する必要があります。疲れすぎると他のBPSDにつながってしまう場合もあります。

歩き回る人には何らかの目的がある場合も少なくありません。また不安感や焦燥感が引き金となって引き起こされる場合もあります。いずれの場合も基本的に注意深い観察や事実に基づいた記録が後に重要になります。

#### 1 生活の中での活動を支援する

ここでは生活全体の中での徘徊する人への支援について述べます。基本的な視点としてすべての徘徊行為が「無目的」ではないという理解が重要です。むしろ何らかの理由や目的があって徘徊につながっている場合も少なくありません。

#### 実際の取組例

##### 1. 食事の準備や片づけを役割とする

食事の準備や片づけは毎日何回も繰り返される生活行為です。本人の役割として担ってもらうことが出来れば役割感や責任感なども醸成され、日々の生活の中での活動として好ましいものと言えます。

##### 2. 家事などの軽作業を手伝っていただく

日々の生活の中で洗濯物干しや花の水やり・植木の手入れ、畑の世話など比較的簡単にできる家事などを手伝っていただくと、本人が自分の役割として意識し、時には自らそうした作業を進んで行ってくださることもあります。

##### 3. 日課の継続

認知症グループホームに入居されたある女性の利用者は毎日20回～30回くらい自分の部屋と玄関を往復していました。ほとんどの場合玄関まで戻ってこられますが、時折玄関のドアを開けて門扉のところまで出て行かれます。この利用者の場合「徘徊」というよりは玄関を確認し外の景色を玄関の横の窓から眺めることで何らかの安心感あるいは安堵感のようなものがあつたのだと思います。職員はその利用者の動きや様子を離れた場所から観察し危険がなければそのままにしておき戻ってこられたら「おかえり」と声をかけていました。本人は「ただいま」と言われます。



#### 4. 機器の利用による安全への配慮

独居の女性の事例では安全を最優先に図るため、いつも着用する上着の内ポケットにGPS機能の付いた携帯電話や位置探知システムの端末を入れておいて、万が一の行方不明に対する担保としていた事例もあります。これにより本人の行動を強く制限しないで済んでいました。

#### 5. リーダーとしての役割を担ってもらおう

事業所の畑の管理や花壇の世話などを行う際にみんなの先頭に行っていただき、他の利用者や職員にいろいろと教えていただく役割を担っていただくことも効果が得られます。

## 2 趣味活動を支援する

徘徊する人への趣味活動を支援する際のポイントは「無理強いない」「時間帯を選ぶ」「興味あるものを探す」等々です。徘徊のある人でも一日中歩き回っているわけではない人も多くいます。時間帯によってその行動が変化するのが一般的です。大切なことは時間が来たから趣味活動を始めるとか、何時から何時までと枠を決めたりしないことです。歩き回る人もひと時座って休むことも当然あります。一つはそうしたタイミングをうまく活用することです。また過去に趣味にしていたことを活用することも選択肢の一つです。特にその場合、認知理解や学習によって身につけたものではないものの方が効果的です。また認知症の人でも一日の中で活動性が高い時とそうでない時があります。大事なことは利用者の方の「動きの様子」（表情や仕草、動き方、反応の仕方など）をしっかり観察し、タイミングを見計らうことです。



### 実際の実例

#### 1. 自宅で行っていた趣味を継続する

グループホームに入居されたある男性利用者は昔剣道を趣味にしていました。数々の大会で優秀な成績を収めるほどの腕前だったそうです。それを知ったホームの職員は家族に相談し本人がかつて使っていた竹刀を持ってきてもらい「素振りの仕方を教えてください」とお願いしました。すると本人は見事に素振りをして見せてくれました。それからは一日に何回も素振りをする姿が見られました。結果的にうろうろと歩き回ることは随分少なくなりました。

#### 2. 以前の得意なことを生かした趣味を継続する

ある男性の利用者さんは元プロのピアニストだったので、かなり認知症が深くなるまでピアノが見事に弾けました。認知症が中等度程度になると楽譜は読めなくなりましたが、頭なのか、指先なのかかわかりませんが覚えている楽曲を何回も弾いていました。その時の表情は忘れられないくらい素晴らしい笑顔でした。

### 8. 体操やレクリエーションへの参加

自宅でしていた体操や散歩などを継続して行っていただくことは心身共に効果があります。特に体操などはレクリエーションの要素を取り入れたものなどにする事で、多くの人が楽しめるものとなります。

## 3 外出活動を支援する

歩き回ることの多い認知症の人に应对する介護者は、一般的に外出活動には慎重になる場合が多いようです。認知症の人は自宅で暮らしていても病気の進行とともに徐々に外に出かける機会が少なくなりがちです（迷子になったり、怪我をしたり、地域の人に迷惑をかけるなどのため）。当然施設や事業所の利用をする人々も外出の機会はある程度制限されるのが一般的です。しかし本来はその逆です。歩き回ることの多い認知症の人は元来歩行力がある程度保たれている場合が多いので、外出する際に特別な準備（車いすや歩行器、老人車や杖など）があまり必要ではありません。従って比較的簡単に外出することが可能です。

### 実際の取組例

#### 1. 地域の行事等に出かけ生活の潤いを増やす

ある利用者の方は近所の文化会館での絵の展示会を見に行き、長い時間をかけて丹念に展示されている絵を見ていました。本人は若い時に絵の勉強をし一時は画家を志したこともあったそうです。その後美術の教員として現役を終えられたそうですが、施設ではいつも棒を持って歩き回っておられました。後でわかったことですがその「棒」はどうやら「絵筆」のつもりだったようです。しばらくして本人が大きなクロッキー帖と色鉛筆を持って、施設の庭で絵を描かれる姿が見られるようになりました。

#### 2. 本人の好きな場所に出かけ馴染みの雰囲気を感じる

敬虔なクリスチャンだった女性の利用者さんは毎週教会のミサに出かけていました。教会では他の参加者に顔見知りの方も多く、よく声をかけてくれていました。本人は教会が目に入ると急に表情が変わり、非常に「凜とした」顔つきになられていました。後年讃美歌も歌えなくなりましたが教会の雰囲気は本人にとっては最後まで貴重なもののようなのでした。

#### 3. 自宅への外出

本人が以前住んでいた自宅への外出は、本人が今の状況を理解することに役立つ場合もあります。ただ家族が自宅に住んでいる場合は事前に連絡しておくなどの手当をしておくほうが好ましいでしょう。

## 4 リハビリや運動、療法を実施する

歩き回ることの多い人の場合、リハビリや療法の実施は人によって大きく異なる場合があります。

たとえば「タクティールケア」などの療法の場合、人によっては大きな行動変容がもたらされ徘徊が極めて少なくなる場合もあります。また一方で「回想法」などの場合、その効果は人によって現れる効果が違う場合が多いようです。また屋外での活動が中心になる「園芸療法」などは歩き回ることの多い利用者にも比較的楽しめるアクティビティとして活用が考えられます。

## 実際の実例

### 1. 個別性に合わせた療法の施行

ある男性利用者の場合、タクティールケアを毎日一定時間（15分程度）施行することで、落ち着きのなさや大声をあげるなどの不適応な状態が改善された例もあります。但し、直接的に徘徊行動の行動変容に結びつくかは明確ではありません。しかし、リハビリや各種療法を実施することで全体としての安定感への貢献は十分にあるといえます。

### 2. リハビリによる向上心とアイデンティティの担保

ある脳血管性認知症の利用者さんの場合、左片麻痺があり、それでも不安定なバランスで歩こうとされることが多く、転倒や他の利用者さんの転倒を誘発しそうな場合も度々見られました。しかしこの方は「リハビリして良くなるんだ」という思いが非常に強い方だったので、併設の老人保健施設のPTに週1回リハビリに来てもらい、他の日は1日3回、20分ずつ歩行のリハビリを長い間継続していました。そのリハビリは本人にとっては「生きている証」のようなものだったのかもしれません。

## 4 身体面へのケア



目的もなくうろうろ歩くということが徘徊といわれていますが、アルツハイマー型認知症の場合は、どうしていいかわからない時や、じっとしてられない時にうろうろ歩くことがあります。また、レビー小体型認知症の場合は、幻視・幻聴などによって本人なりの目的があり、本人も不可解に感じながらも、歩き回るなどの行動をとることがあります。前頭側頭型認知症の場合は、常同行動として、毎日同じ時間に同じコースを歩くなど、第三者から見ると目的もなく歩く行動となることがあります。

さらに体調不良などによっても、不安や混乱が募り身の置き所がないと感じられるときに、徘徊といわれる行動につながる可能性があります。

一言で徘徊といっても、認知症の疾患によって、また、体調不良などによって、原因や背景が違ってくことを理解する必要があります。

## 1 医療的な支援を行う

医療的な支援として、まず、身体的な状況を確認しましょう。「ちょっと触ってもいいですか」と言って手に触れると熱感があるのか、脈がふれるか脈の様子から血圧も見当がつきます。無理やりバイタル測定をしなくても観察ができます。

顔色は悪くないか、機嫌はどうか、怒っていないかなど気分の観察も必要だと思います。歩く姿勢はいつもと変わらないのか（痛みや苦痛の確認）などについて観察します。

また、処方されている薬剤を適切に服薬しているかどうかを確認しましょう。適切に服薬していることが確認できたなら、薬剤の副作用にはどのようなものがあるかを確認し、影響があるようであれば医療関係者と検討していただくように上司に相談しましょう。またそういった影響もなく、本人が何となく歩くようであれば、一つの行動のパターンと考えて、時間帯・経路などを確認しながら、いつでも自由に歩くことができる支援を考えることもよいでしょう。

## 実際の取組例

## 例 1 ご本人の表情を見る（身体的苦痛の発見）

「何かお手伝いすることありますか」「どこに行かれますか」などの言葉かけをすることで、ご本人との距離感を見ながら、身体的な接触を考えるとよいでしょう。

## 例2

## 薬剤の服用確認

薬剤は本人が嫌がるから飲んでいないということがあります。まず服用状況を確認しましょう。また、在宅で服用確認ができないような場合は、薬剤服用時間を変更し、ヘルパーなどの支援を受けられるようにしましょう。

## 例3

## 薬剤副作用の確認

薬剤の副作用などは、人によって違ってきます。今までと違ったことが起きてきたら、一応薬剤との関係を考え、専門職に相談してみましょう。

## 例4

## 歩く経路・時間を記録（パターンを知る）

どこに行こうとしているのか、どんな注意を払うことができるのか（信号が分かるか・車道は認識できるか）を確認し、本人がどんな風に歩くのかを観察してみましょう。

## 2 食事や水分の摂取を支援する

認知症の人の多くは、自分の欲求を言葉にして出すことができなくなっていることが多く、「お腹がすいてきた」とか「水を飲みたい」などと言えず落ち着かない状態になることがあります。

特に昼間だけのかかわりを持つデイサービスの場合は、朝食の摂取状況や水分の摂取状況に変わりはないかなど、ご家族との連携をとることも必要になります。

お昼までの時間が長すぎるようなら、間食をとるなど工夫をするとよいでしょう。

また落ち着かず歩いているときには、手に持って食べられるものを渡すと食べられます。何か食べることができたときには、適温の飲み物も摂取しやすいものです。3度の食事の摂取状況を把握することや活動の様子から水分補給についても、適宜に対応することが大切になります。

### 実際の取組例

## 例1

## 飴玉を出してみる

歩き始めている方のそばに行って「少しお腹すいてきたね、飴でもどうぞ」と出してみても、どんな表情で食べるのかで真意がわかります。

## 例2

## こまめにお茶やジュースなど、休憩や団樂の時に勧めてみる

高齢者は、身体の基礎代謝量が減少し、生成される水分が減少し、細胞内の水分も少なくなって、筋肉や皮下組織の水分量が減少してしまいます。また、のどの渇きを感じにくくなるため、水分を取りにくくなり、脱水状態になりやすくなります。

一般的に一日 1500ml を目安に、1 回 200ml ずつ何回かに分けて冷たすぎない温度の水分をこまめに摂ってもらうことが必要です。必ず水分摂取の量を記録して、自分で水分を摂りにくい高齢者の場合は、食事時、休憩時、おやつ時などに水分を勧めましょう。

### 3 排泄を支援する

トイレに行きたいが場所が分からず、立ち上がって歩き出し、不安になり何をしようとしているのかもわからなくなって歩き続けるようなこともあります。また、便秘のときは、食欲不振となり、気分もすぐれずゆったりした時間を過ごすことが難しく、いらいらしながら過ごすことがあります。

排泄は、認知症の症状が進行して重度になってきたころ失敗が多くなります。軽度中度のころから、排泄のリズムを整え、排尿のリズムや回数などを知っておくと排泄支援をする時のポイントを見つけやすくなります。

排便に関しては、病気の進行によって、食べる量や内容が変わっていく中で、リズムを作っていくことが難しくなりますが、食物繊維を多くとる・乳製品をとる・水分を多くとるなど工夫をするとういでしょう。

また、一人一人の排泄状況を知ることの重要性を理解し、「トイレに行きましょう」などという声掛けをすることなく、さりげない誘導で排泄の支援を行いたいものです。

#### 実際の取組例

##### 例 1 「ちょっと行きましょうか」と誘う

「トイレに行きましょう」という言葉は禁句で、「ちょっと一緒に行ってほしいのでお願いします」など、言葉の使い方に気を付けたいものです。

##### 例 2 「お先にどうぞ」とトイレのドアを開ける

トイレの前まで来たときに「ちょっと寄っていきますか」、トイレのドアを開けて「お先にどうぞ」というと自然に中に入ることができます。さりげなく「手伝いますか」と声をかけると介助もスムーズに行うことができます。

##### 例 3 繊維の多い食品を多くする

食物繊維を多くするには野菜を多く摂取することが大切になります。圧力鍋でもうひと手間かけることで、ゴボウもスプーンでつぶれる柔らかさになります。

##### 例 4 乳製品を多くする

乳製品（ヨーグルト・チーズなど）を使って、調理の工夫をしましょう。

## 例5

## 朝コップ1杯の水分をとる

朝、水分をとることで腸の蠕動運動が高まります。排泄リズムを整えるために、水を飲む支援を考えましょう。

## 4 睡眠の調整を支援する

睡眠リズムが整わないことも、体調不良になって徘徊につながる場合があります。

睡眠のリズムを整えるために、睡眠導入剤などの薬剤を希望する方が多くいますが、それだけでなく日中太陽の日を浴び、夕方から静かな環境の下で過ごし、夕食後ゆっくりお茶の時間をとり、イブニングケアを行ってベッドに入るようながしましょう。また寝る時は足元灯くらいの明るさで、刺激を少なくすることが望ましいでしょう。

薬剤を使用することなく、活動と休息のリズムを作りながら、心地よい睡眠につなげることが、大切と考えます。

### 実際の取組例

## 例1

## 陽にあたる時間を作る

朝日を浴びると、メラトニンが多く分泌されるといいます。遮光性のカーテンは少し開けておくと陽の光で、体内リズムが整ってくるといわれます。

## 例2

## 就寝前に糖分を多くとらない

就寝前に甘いものを食べると、血糖値を下げようとインスリンが分泌され、インスリンの効果で血糖が下がりすぎないように、アドレナリンが分泌されることから、脳の興奮が高まり良質の睡眠がとれなくなります。睡眠前のスイーツは控え、2時間前までに食べましょう。

## 例3

## 日中水分を多めにとる

眠っている間に1ℓ～2ℓの水分が呼吸や汗で失われています。水分は多めに取り、老廃物の排泄がよくなるようにしましょう。

## 例4

## 室温と掛物の調整（汗をかかない程度に調整）

高齢になると、体温調整が若い人たちのようにはいきません。ちょっと暑すぎると体温がこもり寒すぎると、体が冷えてしまいます。こまめに室温調整や掛物で、体温が一定に保たれるような支援が必要になります。

**例5** 静かな環境を作る（生活音の注意）

高齢者は耳が遠くて聞こえていないなどと考えることはやめましょう。話し声は聞こえなくとも、ちょっとした振動や光には敏感に反応することが多くあります。

**5** 入浴の支援をする

歩くことが多くなると汗をかいていることがあります。清潔を保ち全身の身体状況を観察するうえで、入浴の機会に観察することが最適といえます。

入浴の時に小さな発疹に気づき早期に帯状疱疹の治療ができ、重症にならずに済んだなど、早期発見、早期治療につながります。

**実際の取組例****例1** 好きな香りの入浴剤を使って楽しむ

臭覚を使って心地よい入浴をすすめることは、清潔を保つ入浴からリラクゼーション効果が期待できる入浴になります。

**例2** 湯につかる時は見えない場所で見守る

湯につかっているときは、見えないところからの見守りを心掛けたいものです。

**6** 視覚や聴覚などを支援する

外を歩くとき、交通ルールを理解し、信号機の意味が分かるのか、車道と歩道の区別がついているかなど本人の力を確認する必要があります。

また、視野狭窄などで、信号機が視野に入る角度とか、半側空間無視（失認）で歩道と車道の区別が見えなかったりすることがあることから、視野・聴力・視力などを観察し対応を考える必要があります。

また、レビー小体型認知症の場合は、症状の一つとして、幻視・幻聴という視聴覚に障害が出てることがあります。後頭葉の血流障害などによっておこるといわれることから、症状の一つとして、本人の苦しみを受け止めるようにしたいものです。

本人にはしっかりと見えるので強く否定することなく、本人が見えたり聞こえたりする内容をしっかりと聞いていくことが大切だと思います。しかし、ほかの人には見えていないことを伝えることも大切な対応といえます。幻視や幻聴によって指示され動き出す方もいますが、アルツハイマーの方の歩きとは違って使命感を持って行動しているように見えます。



そのような場合は本人の意向を確認し、ゆっくりと現状の場面について話し合うことが望ましいでしょう。

### 実際の取組例

#### 例 1 戸外を歩くとき信号機を確認できるかを確認

本人の半歩後を歩きながら、信号で止まれるか、歩き方はまっすぐか、段差はつまづかないかなど観察します。

#### 例 2 幻聴による指令で行動していたという例もあります

架空の人物などと話しながら歩く、誰かの指示に従って行動するようなときは、話を聞いたり否定したりせず、しばらく本人の行動を見守りましょう。本人が何か変だと気が付いたときに、「私には聞こえないし分からないが、心配なのでついてきました」などと説明するほうがよいでしょう。

## 7 体重の管理をする

徘徊が多くなると、運動量が多く消費カロリーが増えることから、摂取カロリーと消費カロリーのバランスが悪く、急激に体重減少することがあります。今までと同じように食べているからと安心しないで、こまめに体重測定することと、3度の食事の栄養素を考え、良質のたんぱく質を多めに摂れるように工夫します。またおやつもカロリーの多めなものを用意するなどの工夫をすることで急激な体重減少を予防できると考えます。

認知症が重度になっていくと食事の摂取量が変わらなくても、栄養の吸収が悪くなることから、徘徊によって体重が落ちることはなるべく避けるように支援していきたいものです。

### 実際の取組例

#### 例 1 食べ方や時間にとらわれることなく食べる支援をする

徘徊が多く消費カロリーが増えている場合、食べたい時に食べられるような支援をしましょう。急激に体重が減少した後は元に戻ることが難しくなります。体力の消耗は命の消耗にもつながりますので個別の対応をしましょう。

## 5 他者との関係支援

### 1 他者との関係を調整する

認知症高齢者が無目的あるいは衝動的に徘徊するのは、「居場所が見つからない」「居心地が悪い」「心配事や気がかりを抱えている」といった事情が行動として現れてきます。

特に「居心地の悪さ」は環境の影響を受けているといえます。その中でも他の高齢者や職員といった人的環境からの影響が多くを占めています。

まずは職員の声掛けなどの働きかけが、ご本人の心を傷つけたり尊厳を軽視したケアになっていないか考えてみましょう。ご本人の気持ちを尊重したケアの実践とともに、声の大きさやトーン、穏やかでやさしいまなざしといった非言語的要素にも気を配り、職員が不快の原因とならないよう気を付けましょう。

他の高齢者の行動・言動・視線から不快を感じている場合は、距離や視線の方向などを考え居場所を見直すことが必要です。さらにコミュニケーションが促進される仲間との関係を支援し、居心地のよさを創っていきましょう。特に利用を始めて間もない方にとっては、居場所が見つからなくて落ち着けないといった気持ちは当然のことですから、職員が十分な関わりを持ち落ち着けるよう支援しましょう。



また、施設でのケアは閉塞的になりがちなため、ご利用者のストレスを招いてしまいます。できるだけこれまでの生活と同じように外との繋がりを持ち、一人ひとりが地域の一員としてこれまでの人間関係が途切れないよう支援しましょう。

### 実際の取組例

#### 1. 他の入居者との関係

なじみの関係がなく落ち着けなかったり、他の入居者とのトラブルが起きているときは、次のような工夫をしてみましょう。

#### 例 1 他の高齢者への支援依頼

他の入居者（コミュニケーションが図れる人、住んでいた地域が同じだった人、趣味が共通する人、気遣いのできる人等）の同意をもらって近くに席を用意し（飲み物も用意するとよい）、初めは職員がお互いを紹介するなどして、会話が促進できるよう仲介し、なじみの関係が持てるよう支援します。

## 例 2

## 仲の悪い人と離す

トラブルになってしまう入居者とは席を離したり、お互いが視界に入らないようリビング内の居場所を調整しましょう。

一か所のテーブルを囲むだけの席ではなく、ソファーやコーナーなどを利用して、数か所の居場所を用意しておきましょう。

## 例 3

## 仲の良い人と過ごす支援

会話の多少に関わらず、お互いを気遣い合えるようななじみの関係を大切にするとともに、不安や焦燥などで落ち着けないときは、なじみの関係にある人と過ごすことで安心感や落ち着きをとりもどせるよう支援しましょう。

## 例 4

## 他の高齢者との交流促進

他の入居者と人的交流を広げることで孤独感や疎外感を解消し、居場所としての安心感を得ることができます。一緒に歌を歌ったり、一緒に家事をしたり、一緒に料理をしたり、一緒に散歩やレクリエーション等ができるように支援し、安心とともに楽しさと豊かさが得られるようにしましょう。

## 2. 異性関係

女性ばかりのグループではトラブルが多かったのに、男性が入ることでグループの雰囲気が変わりトラブルが減少するといったことがあります。男性の存在が一家の柱という安心感を与えるためか、大変落ち着きを取り戻す女性のケースもあります。異性相互のやさしさや気遣いが発揮されるように見守りましょう。

不安があったり落ち着けないときは、なじみの異性からの声掛けもお願いしましょう。

## 3. スタッフとの関係

スタッフの慌ただしい言動や、行動を制限するような威圧的な言葉かけが入居者の不穏な行動を招いてしまいます。ゆっくりと落ち着いたトーンで関わるようにし、しっかりと気持ちを聞き取ることを優先しましょう。

どうしてもうまく関われない場合は、スタッフを変えて関わってみましょう。

#### 4. 以前の間人関係

施設の中だけの人間関係ではなく、以前から関わりのあるなじみの人との関係を繋ぐことで閉塞感や孤独感を解消し、施設での暮らしが安心できるようにしましょう。

##### 例 1 近隣、知人との交流支援

出身地域の催しへの参加や、一時帰宅などを通して交流を繋げるとともに、施設に知人や近隣の住民を招くなどにより交流を継続しましょう。

## 2 家族との関係を支援する

認知症を患っていてもご利用者の心はしっかりと生きています。長い生活史の中で関わりのあった人々、特に家族に対する思いは今もお継続しています。例えば子供の顔を認知することができなくなっても、両親が亡くなっていることを忘れてしまっても、これまでの生活からくる親としての思いや心配、子や兄弟としての思慕などが心の中に息づき、今のご本人を創っています。

学校から帰ってくる子供を待ち母として毎日過ごしている方、ご主人の夕食を心配する方など、過去の記憶の中で今を生き、心配や気がかりが募ることがあります。しかし、いずれも家庭人として意味のある思いであることを理解し、ご本人にとって最も大切な家族との繋がりを重視し、いつでも身近に感じられるように、またさみしさが軽減されるように支援しましょう。

### 実際の取組例

#### 1. 家族との関係（家族の状況）

生活史や聞き取りの中から家族の状況とその関係性やエピソードなどを把握し、誰を強く思っておられるのか、誰を支えにしておられるのかなどを知っておきましょう。

##### 例 1 家族との連絡調整（手紙）

不安な生活の中で、夫や妻、子供などの家族と会うことは、不安を解消する良い方法です。しかし、家族と会うことで寂しさが増したり、逆に混乱する場合も多いようです。その場合は、直接会うことは控えて、職員が仲介しながら、家族への思いや今の心情を手紙に書いてもらい家族に手渡したり、家族にご本人への手紙を書いてもらい本人に渡したりと、手紙などによって家族とのつながりを感じてもらうことも有効です。

##### 例 2 家族（お墓・位牌等）との接触機会調整（面会、訪問、電話等）

家族の存在は心の支えです。いつもそばに感じられるよう室内に位牌を持ち込めるようにしたり、毎日の習慣であればお茶やお水をお供えして手を合わせる時間を絶たないようにしましょう。さらに、お彼岸やお盆などの時季にはお墓参りや帰宅して仏壇に向かえるようにし、心の安定を

図りましょう。

さみしさが募らないように日頃から家族との繋がりを感じられるよう、面会や帰宅、外出など家族との時間が持てるように支援しましょう。

また、急にさみしさが増したときなどは訪問を依頼したり、帰宅したり電話をかけたりすることによって直接顔を見たり声を聞けるように支援しましょう。



## 6 ケア体制の調整

活動性が高い徘徊などの場合には、他の利用者とのトラブルも発生しやすくなります。そこで施設での生活を継続するためには、スタッフだけではなく他の利用者の理解と協力も必要になります。認知症の人を取り巻く人たちが、各々の立場で把握している情報をひとつに集めることで、解決の方向が明確になり、認知症の人が抱えている不安や混乱などを取り除くことができます。

チームケアが必要となる理由は、認知症の人が充実した生活を安心して送れるようにすることです。従って、チームケアは認知症の人の意思を尊重し、その意思を実現するために行われます。認知症の人にとって望ましい生活を支援し、その生活の質（QOL）を高める取り組みのなかで連携が確保されているか、というチームケアの究極のねらいをスタッフは確認し、ケア体制を整えながら認知症の人とかかわることが大切です。

### 1 チームでのケア方法を統一する

ある認知症の人が、落ち着いて座っていられず、歩き回るようになったとします。想定される原因はひとつではありません。例えば、記憶障害が進み、物を置いた場所がわからなくて探し回ったり、見当識障害から数年来住んでいる今の家が自宅であることが分からなくなり、昔の家に帰ろうとしているかもしれません。また、実行機能障害のために簡単にできたことも失敗するようになり、精神的余裕をなくし落ち着いてられず徘徊するかもしれません。下腹部が張り、強い不快感からじっとしてられず、立ち上がって歩き回るといった、身体症状が原因で徘徊することもあります。さらに幻視が本人を混乱させ不安を助長し、徘徊を引き起こすこともあります。このように徘徊の要因は様々なので、混乱しやすい認知症の人にスタッフがバラバラに援助していたのでは、興奮や暴力を引き起こすことになります。スタッフ間で情報を共有して、ケアの統一を図ることが不可欠です。

ケアプランは、職員のケアの統一を図るためのツールでもあります。たとえば、立派なケアプランが作成されているので、職員にそのケアプランに記載されている具体的なケア方法をたずねても、理解していない、解釈に違いがある、といった傾向がみられる場合があります。これではケアプランに基づいたケアが提供されていないだけでなく、職員によってバラバラなケアが提供されていることになります。

せっかくカンファレンスなどによって個々の利用者に適したケアの内容が検討され、具体的な方法や留意事項が作成されても、このように職員がバラバラなケアを提供していたのでは、認知症の利用者に不安や混乱を与え、場合によっては怒りの誘因となり、結果として徘徊や興奮・暴力などのBPSDを引き起こして、その対応に職員が追われるという悪循環になります。「チームでケア方法を統一する」ためには順を追って実践する必要があります。

## ケア方法を統一するための具体的な方法事例

### 1. 統一するための実践方法の工夫

- 出勤時には必ず一度ケアプランに目を通して（確認して）から業務につくようにすることが、ケアを統一することにつながります。
- ケアプランは、見たいと思ったときにいつでも確認（見る）ことができるように、担当者が個人ファイルに綴ってリビングの棚やパソコンテーブルの横に保管し、記録もリビングなどで行い、他の記録物と合わせて確認しやすいようにすることで情報を共有しやすくなります。
- ケアプランから入浴に関する内容については、更に個々の対応がわかりやすい入浴手順書を作成し、ケアを提供する前にさっと目を通してからケアできるように脱衣室に置くことで、統一したケアができるようになります。
- ケアプランに変更があった場合には、職員用の申し送りボードにケアプランを確認してからケアにあたることを明示することで変更後も情報の共有がスムーズにできるようになります。

### 2. 統一できているかどうかを確認する工夫

- 毎月1～2回の会議などで、情報が共有されているかどうか、リーダー（主任など）がケアプランの内容を職員に質問することで意識も高まり、理解と共有が図られるようになります。
- プランの内容に変更が加えられたときには、変更後2～3日の間に利用者を担当者している職員（担当者が休みの場合はその日の責任者など）が、他の職員に理解されているかどうか、質問形式で確認し、理解されていない場合には、覚えるまで再確認を続けることで、統一が徹底できます。
- 変更点を周知した後は、主任が実際に職員の動きを見たり、経過記録の内容をチェックして、変更情報が徹底されているかどうかを確認しましょう。
- 日々の記録時に、ケアプランを横に置きながら、プランとのズレが生じていないかを確認することで、プランと実践、記録の連動が図られるようになります。



## 2 関わるスタッフを調整する

チームを構成するスタッフみんなが決めたことを、みんなで守っていくことが、チームケアの原則です。チームケアでは、自分勝手な行動は許されません。もしも合議で決めたことに不都合があれば、再度チームを構成しているスタッフみんなで話し合い、スタッフみんなが納得した上で修正することが必要です。スタッフ間で意見が食い違ったときでも、認知症の人にとって何が必要なのか、と考えることが大切です。

スタッフ間の考え方や捉え方の違いを調整することによって、スタッフ間の意見はひとつにまと

まっっていくでしょう。互いに尊重し合う態度が、チームケアを円滑に機能させることにつながります。知識・技術の習熟度の違い、経験の違いなど、お互いが持っている専門性をフルに活かしながら、協働・協力して課題解決に取り組むことで、徘徊の原因に苦しむ認知症の人の生活が、安心・安全で楽しいものになるでしょう。

### 実際の取組例

#### 例 1 担当職員を少人数にする

- かかわる職員の人数が多いと、利用者に関する情報の伝達・共有に時間がかかったり、漏れが生じたりしますが、少人数になると情報の周知徹底や共有もスムーズに行え、統一したケアを提供することで利用者に不安や混乱を与えることがなくなり、徘徊が少なくなります。
- 少人数にすることで、何か起こりそうな時、起こった時にも職員間で同じ捉え方や対応ができるため、徘徊しているときの危険を早めに察知したり、回避することができます。
- 馴染みの関係を作るきっかけが作りやすく、少人数では「いつもの人」という親しさが生まれます。混乱している時でも見覚えのある職員がいれば「ホッ」とした表情になることが多く、「あんたとなら行く」、「お前はついてくるな」など言いやすい関係が生まれ、その希望に沿うことで徘徊が穏やかになります。
- 理由を付けて施設の中に戻ろうとする声掛けをやめ、「どうしたいのか」その人の要求を叶えようとゆったりとした気持ちで接してみましょう。

#### 例 2 異性の職員に変えてみる

- 異性の職員の頼りなさによって「自分がしっかりしてあげないと」と感じ、歩くことよりも「その職員のために何かをしたい、してあげないと」という意識が変わって徐々に落ち着くことがあります。
- 同性だと「何だか気味が悪い」と言って逃げるようなこともあります。異性に関わることで距離間が減少し、徐々にこちらの声掛けを聞いてくれるようになることもあります。
- 利用者が、関わる職員を夫や息子だと思っていれば男性職員が対応し、妻や娘だと思っている場合には女性職員に関わることで落ち着くことがあります。
- 徘徊の理由が排泄の場合、同性の方が羞恥心に配慮できるためか言葉かけを受け入れやすいものです。
- 場面によっては同性だと拒否されることでも異性だと応じてくれる場合があります。

#### 例 3 関わる職員を他の職員に変えてみる

- 興奮気味に徘徊をされる方に付き添って声掛けをしていたがなかなか治まらない場合、別の職員に変わることで表情が穏やかになり、徐々に落ち着くことがあります。
- 対応に上手くいっていない時に職員が変わり場面転換を図ることで落ち着くことがあります。
- マンツーマンで関わっていると、職員のストレスも高くなる場合もあるので、交替することで

ストレスの軽減もできます。

- 複数の職員が関わりながら徘徊の原因や要因などの情報を把握することで、対応の的確な判断ができるため、利用者に満足していただくことが多いようです。
- 適切なケアを心掛けても、生理的に受け付けられないなどということも考えられるため、スタッフを変えることで解決する場合があります。

**例 4****専属の職員にする**

- 専属の職員が対応することで徘徊される方の精神状態を把握することが容易になり、対応策も簡潔に決めることができるようになります。
- 声掛けや対応の方法を統一して継続的に行なうことが容易で、利用者にとっても職員にとってもストレスが軽減できます。
- 利用者にとって好きな職員や安心できる職員が関わることで、精神的ストレスの軽減につながります。
- とことん付き合えることで、徘徊の原因や要因を探りながら利用者との関係を深めることができます。
- 利用者が納得いくまで関わることができます。
- 精神的な支えになり、その関係性を継続することが容易になります。
- 関わりが多くなることで、お互いを尊重し合い理解しやすくなり、安心できる居場所となるため、徘徊が軽減されることがあります。



## 2

## 興奮・暴力場面における認知症ケアの考え方

## ◎ 興奮・暴力における介護の目標とは

認知症の方の興奮や暴力は介護者からすれば、ある時、突然に意味不明な怒りや興奮、暴言、あるいは身体的な攻撃をされ、あわててしまい、あの人は乱暴な人だと決めつけて関わりを避けるようになってしまいがちです。しかし、認知症であるからといって意味もなく、理由もなく怒ったり、暴力をふるうことはほとんど無いはず。短絡的に乱暴者のレッテルをはずらずに、何が原因かを慎重に考えたり、探ることが必要です。おそらく、興奮や怒りのきっかけになっている直接的な原因と、関連している根本的な原因があるはず。原因がわかったら、少しずつ時間をかけながら原因を取り除くような対応を心がけてください。

興奮や暴力への介護の目標とは、まず興奮や怒りなどの状態を沈めて穏やかになってもらうことと、興奮や暴力の原因や理由を知り、原因を取り除きながら、落ち着いたり、安心したり、生活意欲が湧いてきた結果、興奮や暴力のような行動が減ることです。

## ① 興奮や暴力に伴う怒りや興奮を受け止め、落ち着いてもらうこと

興奮や暴力の場合、まずはたかぶっている感情を沈静化することが必要です。本人にとっても怒ったり、興奮している状態は精神的に不安定ですし、気分のよいものではありません。否定したり、説得しようとしたり、無視したりせず、まずは本人の気持ちを受け止めて、共感しながら理解することが必要です。怒っている理由や原因を探るのは後回しにして、話を聴いたり、そばで一緒に過ごしたり、見守ったりしながら少しずつ感情が安定するような対応をしましょう。

## ② 生活が安定し、心理的な穏やかになり表情が和らぐこと

ただ、話を聴いて、共感しているだけではその場しのぎの対応になってしまいます。落ち着いてもらいながら、同時に、怒りや興奮の根本的な原因を探しましょう。睡眠不足なのか、痛みがあるのか、他の高齢者とトラブルがあったのか、職員の関わり方が悪かったのか、居場所がなくて不安や焦りからストレスがたまっていたのかなど、いくつかの原因を確認しながら、取り除いていってください。最終的な目標は、興奮や暴力が少なくなったり、なくすことだけではなくて、生活意欲が向上し、いきいきと、穏やかに生活できるようになることです。

## ◎ 絶対にしてはいけない介護

興奮や暴力への対応として、絶対にしてはいけないことは、興奮や暴力を本人の性格や問題として捉え、乱暴者として扱うことや、無理に暴力を抑制したり、部屋に閉じ込めたりすること、そして怒っている原因や理由を確かめずに一方的な関わりをすることです。そういった対応はますます本人の孤独や不安を強めてしまい、怒りや興奮を増長させることとなります。

### ① 興奮状態や暴力行為＝問題と考えるはいけない

暴言を吐いたり、暴力をふるったりしている様子を見て、あれは認知症だからしょうがないとか、あの人は乱暴な人だからとか、性格だからとか、暴力は認知症による問題な行動だと考えることは絶対にしてはいけません。怒ったり、怒鳴ったりすることは自体は特に異常な行動ではありません。認知症に限らず一般的にも、相手とけんかになったり、自分の思い通りにならなかったり、自分を攻撃してくる人がいれば、怒ったり、威嚇したり、攻撃しようとします。認知症による理解力の低下や状況の判断が困難になっている時に、被害的になったり、誤解してしまい暴言を吐いたり、怒ったりすることは、理由のある正常な行動と捉えることができます。つまり、興奮や暴力自体は本人にとって異常な行動ではないので、無理に抑制したり、排除してしまおうとする必要はありません。問題なのは、怒ったり、興奮している時の感情が本人にとって有害かどうかです。相手に理解されない憤りやあせり、寂しさや不安が原因となって興奮や暴力を引き起こしているのであれば、不安や孤独感、あせりなどのネガティブな感情を緩和し、落ち着いてもらうことが必要です。まずは落ち着いてもらうことを目標にケアを行い、その結果、興奮や暴力が減ったり、なくなったりすることがあるかもしれません。

### ② 行動を抑制してはいけません

興奮や暴力を問題視し、すぐに減らしたり、無くしたりしようとすると、部屋に閉じ込めたり、否定したり、無視したりするようなケアを行ってしまいがちです。あるいは、本人の身体を抑制して無理やり押さえつけてしまうようなケアもありがちです。このような対応は、一時的に興奮や暴力を見えなくすることはできますが、無くすことはできません。興奮したり暴力をふるったりしている本人の気持ちや、気持ちを起こしている原因に対応しない限り、根本的な解消はありません。臭いものにふた方式で行動を抑制しても、興奮や暴力を見ないようにしているだけです。

### ③ 気持ちを無視した対応は意味がありません

興奮や暴力を無くすことだけが目的になると、その場限りの対応をしてしまいがちです。とりあえず適当に話を聞いて落ち着くのを待つとか、怖いので離れて様子を見るとか、理由を聞いて否定して説得しようとしたりと一時的には興奮や暴力をやり過ごすことはできますが、すぐに再発してしまいます。興奮や暴力の原因となっている理由や目的を理解し、興奮している気持ちを理解できなければ根本的には減少しません。なぜ、怒っているのか、本人の気持ちや理由に応じた対応ができれば心理は安定し、自然と興奮や暴力という行動は減少していきます。まずは、本人の心理や気持ちを考えることが重要です。

## 1 環境の調整

心理学の分野では、怒りという感情を「感情の蓋」と呼んでいるそうです。怒りという感情の下に、悲しみや寂しさ、恥ずかしさや無力感といった本当の感情が隠れているということを意味していると言われています。

不安や苛立ちが募ると、単なる怒りの感情の表出に留まらず、周囲に対する警戒心が強まり、ちょっとしたことで怒り出したり、興奮して大声を出したり、暴れたりする行動を引き起こします。認知症の人にとって「ここがどこだかわからない」「周りの人が誰だかわからない」など、わからないことばかりが増えていく生活は、本人の不安や緊張、恐怖感などの強いストレスを感じさせているのではないのでしょうか。決して、本人の本来の性格が変わってしまい、意地悪になったり、攻撃的になっているわけではないということを私たちが理解しようとするのが重要です。

興奮・暴力場面における認知症介護では建物やシステムの環境も大切ですが、ケアする私たち一人一人が環境であるという認識が大切になります。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ための環境づくりを普段から留意しておきましょう。

## 1 グループや人数の調整をする

今までの生活環境から、たくさんの人と一緒に暮らす生活は、それだけで大きなストレスになります。もちろん、人にもよりますが、それが「興奮・暴言・暴力」などを引き起こす原因になっている場合もありますので、人間関係や本人の様子を見ながらグループや人数等の調整を図ることが、支援していくうえで重要なポイントとなります。

メンバーも固定的に考えるのではなく、本人の気持ちやグループの状態を考えながら、ストレスがかからないリラックスできるメンバーや人数を考えてみましょう。

### 実際の取組例

#### 例1 トラブルがあった人と一時的に距離をおく

暴言・暴力がスタッフや他の利用者に向けられた時は、距離感を保つことは重要なことです。特に暴力の場合、物理的距離感が大切です。一定の距離を保っていれば、小さな暴力からうまく逃れることができる場合も多いでしょう。暴言・暴力が生じる時、最も大切なことは、暴言・暴力に向けられたスタッフや、他の利用者の安全を確保することです。暴言・暴力が突然で防ぎ切れない場合には、被害をできる限り小さくすることが重要です。

いずれにしても、特定の人に攻撃が偏らないよう、トラブルがあった場合は、一時的に距離と時間を空けるようにしましょう。

#### 例2 仲の悪い人との間に入って関係を調整する

大勢の中には自分と相性の悪い人が必ずいるものです。それは認知症の人にとっても同じことで

はないでしょうか。なぜ嫌いなのか、怒るのかを本人に尋ねてみることもいいでしょう。答えてくれない場合は、本人の顔つきや表情、何気ないしぐさから本人の気持ちの確認に努めることが大切です。また、仲の悪い人を交えて一緒にゲームや活動を行うなど、日頃から仲間意識が生まれるような機会を持つこともひとつの方法です。

## 例 3

## 他の高齢者に話を聞いてもらえるよう調整する

大勢の中に相性の悪い人が必ずいるように、なぜか気になる、むしろ好意を感じる人もいるものです。利用者の中には、私たち専門職のように認知症についての理解から話を聞くというのではなく、生活を共にする仲間意識から話が聞ける人がいます。そのような方が施設内にいれば、スタッフが対応するよりも落ち着いて生活できる可能性ははるかに高まります。認知症の人にだって仲間意識はあるのです。



## 例 4

## 他の利用者に事情を説明して理解を得る

いきなり、わけもわからず怒鳴られたり、叩かれたりすれば、どんな人でも驚くことでしょう。また、恐怖を感じたり、悲しい思いをするはずですが、最悪の場合は怪我をする危険性だってあります。しかしながら、生活を共にする人たちが事前に状況を知っていれば、心の準備もしやすく、危ない場面では逃げることもできるかもしれません。認知症という病気のために起こっている行動ということを他の利用者に理解してもらうことは、周囲の人にも、認知症の人にとっても、その後の生活を考える上で大切なことです。

## 2 落ち着く場所づくり

スタッフが必要以上に大きな声で話したり、忙しそうに走り回っている姿は、認知症の人の不安感を高めてしまいます。なぜ大きな声ができるのか、なぜ忙しそうなのか、その理由がわからず不安やイライラ感が募るのではないのでしょうか。静かな環境を整えることが、認知症の人の気持ちを落ち着かせ「興奮・暴言・暴力」を軽減させます。

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。私たちも認知症の人を取り囲む「環境」であることをしっかりと自覚しておく必要があります。

### 実際の取組例

#### 例 1 落ち着いて会話ができる場所を用意する

認知症の人は一度に入ってくる外部からの情報に非常に敏感とされています。話をしている最中に、目に入るものやテレビの音がうるさかったりすると、集中して話を続けることがむずかしくなります。気持ちがいらだててきたり、表情が険しくなってきた時は静かな場所で話を聞くことも有効な方法とされます。

#### 例 2 リビングに専用の席をつくる

本人にとって居心地の良い場所を検討し、その方の専用の場所をつくることで他の利用者とのトラブルを回避することができます。そして何より本人が気持ちを落ち着けて生活しやすくなるはずです。

一方で、日常的によく座る椅子や、リビングの自分専用の場所などを、他の利用者が使っていると、攻撃的になることも施設ではよく見かけます。自分の領域が侵されたと本人が感じた時に「興奮・暴言・暴力」が出現することが少なくありませんので、その点を配慮して対応するようにしましょう。

## 3 席の位置を調整する

周囲の状況をうまく判断できず、焦燥感や不安感が増幅されることで「興奮・暴言・暴力」につながりやすくなってしまふことがあります。例えば、他の利用者の視線が気になって暴言や暴力行為につながることもよく聞く話です。そのような方たちには、他の人の姿が目に入らない位置や、職員が頻繁に行ったり来たりするような姿が目に入らないようにするなどの居場所（席の位置）の工夫が必要となってきます。

認知症の人は、人の動きや視線など目に飛び込んでくる様々な情報を適切に処理できません。それが不安や混乱をあおる要因になり、抗議の手段として「興奮・暴言・暴力」に発展することもあります。

### 実際の取組例

#### 例 1 座席を変更する

「興奮・暴言・暴力」のある場合、その引き金になっている状況をアセスメントすることが基本です。その人の視線や位置から何が見えるのか、何を感じるのかを考えてみる必要があります。他の利用者の視線やスタッフのあわただしい動きなどが見える場合、例えば、壁や柱を利用して気に障るものが見えないように、感じないように座席の位置を変更することも有効な方法の一つでしょう。



## 4 なじみの物の調整をする

認知症の人にとって新しい環境はストレスが高く、また「興奮・暴言・暴力」のBPSDは本人の性格、生活習慣、生活歴が反映されると言われています。これらについて知っておくことは認知症の人の言動を理解し適切な介護を行う上で非常に大切なことです。認知症の人の慣れ親しんだ生活が、できる限り続けられるように環境を整えておくことは極めて重要な視点ではないでしょうか。

### 実際の実例

#### 例1 家族や知人との交流を増やす

家族や顔なじみの人がそばにいてだけで、不安な気持ちが軽くなる時が私たちにもあります。それは認知症の人にとっても同じことだと思います。特に施設入所間もない時は、家族の協力などを得てそばにいてもらうということも、気持ちを落ち着けるためには必要なことかもしれません。

#### 例2 なじみのある生活用具を使用する

使い慣れない生活用具は、イライラ感や不安感を増長させます。それは「興奮・暴言・暴力」に簡単に火をつけることになります。例えば、個人用の化粧品や洗面用品を使いやすい場所に置くなど、今までの生活から違和感を覚えなような環境づくりが求められます。

## 5 居室の環境を整える

自分の部屋が落ち着ける空間でないと、体を休めることも難しいと思います。だからこそ自分の好きなデザインの部屋にするために、ソファやベッド、インテリアなどを好みのものにするのが大切なのでしょう。居室の環境を考えることは、その人の生活を考えることにつながります。快適な空間は心も体も穏やかにしてくれるものではないでしょうか。

一方で認知症の人が、自分の領域や行動を侵されることに警戒して興奮や暴言、暴力行為に発展することも施設では珍しい話ではありません。居室は本来プライベートな空間ですから、突然知らない人が入ってくればトラブルになることは当たり前のことだと思います。スタッフだからと安易にその領域を侵すことはBPSDを誘発する材料になりかねないことを私たちは知っておくべきです。

### 実際の実例

#### 例1 自宅で使用していたものを居室に置く

なじみのある家具やものは、記憶を刺激しその場所にいる理由になります。自宅で使っていた椅子やカーテンなどを居室に置くなど、今まで使ってきたものを居室に持ち込み、その人らしく設えることは、お年寄りの生活に連続性をもたせ、生活や気持ちの安定につながりやすくなります。

## 例 2

## 居室に家族の写真を飾る

長年、自宅で使っていた椅子を置いたり、家族の写真を飾るなど、なじみのある空間は認知症の人の生活を落ち着かせると言えます。人生の足跡を感じ取れる環境をつくることは、その方の人生を尊重することにもつながるのではないのでしょうか。

## 例 3

## 趣味や嗜好に合った環境をつくる

私たちの「家」を考えてみると、ポスターや絵、家具や調度品など個人の嗜好に合わせた環境を整えていることに気づきます。どの部屋も同じようなしつらえでデザインされた居室では、その人にとっての「自室」と認識されにくいのではないのでしょうか。

その人の趣味や嗜好を本人や家族から聞き、参考にしながら環境を整えていくことが大切であり、施設によっては、自宅の様子を写真に撮って、その環境をできるだけ居室で再現しようとしているところもあります。

## 6 分かりやすい居住環境をつくる

「興奮・暴言・暴力」のある場合、認知症の人が置かれている状況や心理状態を考えることが基本です。例えば、入浴拒否から暴言・暴力行為に発展することは少なくありません。本人の理解や納得があれば自ら服を脱いで入浴できるのですが、理解や納得ができないと誰が何と言おうとあらん限りの力で介護者に抵抗します。つまり、入浴という行為と服を脱ぐという行為とがうまくつながらないために、「興奮・暴言・暴力」という精一杯の抵抗になるわけです。

このように認知症の人にとってわかりやすい環境を整えるということは、認知症の人が自ら進んで行動しようとする状況をつくり出すということでもあると考えることができます。

### 実際の取組例

## 例 1

## トイレや居室、浴室などに目印となるものを設置する

入浴や排泄時の興奮や暴言、暴力行為は施設において決して少なくありません。状況が理解できないために、介護者の誘導と本人の思いがずれてしまうことから、恐怖感や違和感などの不快感を生じることが原因といわれています。

認知症の人が自ら行動できるように、例えば、認知症の人が認識しやすいサインや絵などの目印（表札やシンボルマークなど）をつけることで、「興奮・暴言・暴力」の予防が期待できます。ポイントは言われてやるのではなく、自ら行動できる環境をつくることにあります。

## 例 2

## 不安感や混乱を引き起こすものを目立たせない

非常口の誘導灯や消火栓ランプなど、日常生活の場になかったものが目に入るとそれだけで認知

症の人の不安感や混乱を増幅させます。生活の安全に配慮しつつ、ランプを覆うなど、必要以上に目立たないようにする工夫が大切です。

## 7 光や音などの刺激を調整する

一般に認知症は、五感（視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚）から得る刺激や情報を整理・調整する能力や理解する機能を低下させます。私たちは『刺激の防壁』と呼ばれる機能によって音を淘汰し、不必要な音はさほど気にならずに過ごすことができます。しかし認知症によって『刺激の防壁』機能が障害されると、普段気にならない音でも堪え難い騒音に聞こえ、不快な気分になりパニックに陥ることもあると言われています。

「興奮・暴言・暴力」に至る背景には、そういったことも関係しているのではないのでしょうか。本人が不快に感じない適度な音や光の刺激を調整することで、気持ちが和らぐ環境づくりを心がけることが必要です。

### 実際の実例

#### 例 1

#### 好きな音楽を流す

音楽にも「記憶」があります。私たちがそうであるように認知症の人にとっても、音楽が流れているとリラックスできたり、活力が出たり、思い出がよみがえったりすることがあります。好きな音楽、知っている音楽、懐かしい音楽は、聞くだけで気持ちを安定させてくれることが期待できます。逆に、本人の好みではない音楽は気分をいらだたせ、BPSD を誘発させますので注意しておく必要があります。

#### 例 2

#### 照明の明るさを調整する

暮らしに欠かせない照明は、ただ明るければいいというものではありません。人によって明るさの感覚は違いますが、居室やリビングで寛ぐときなどは、少し明るさを落としたほうがリラックスできます。どの程度の明るさが適切なのか、一人ひとりの表情などを観察し調整することが必要です。



## 8 屋外の環境を整える

自然環境に触れることは気持ちがリフレッシュし、「緊張」「怒り」「疲労」「混乱」などのネガティブな気持ちを和らげる効果があることはよく知られているところです。また、散歩したりすることで体を自然に動かす機会ができ、健康面でも望ましいものであることは私たちの経験からも理解で

きます。

施設で暮らす認知症の人にとっては、建物の外に出ることはストレスの軽減や気分のリフレッシュだけではなく、自然の開放感の中で自分を取り戻す時間にもなっているのではないのでしょうか。

### 実際の取組例

#### 例 1

#### 屋内にとどまらず、自然環境に触れる機会をつくる

時には外に出て空気を吸う、自然に触れることが気分的にリフレッシュできることを私たちは経験から知っています。大切なことは認知症の人が違和感なく、自然な形で外に出る機会を生活の中に組み入れることにあります。例えば、長年の生活習慣から散歩を日課としている人も少なくありません。本人の状態や気分に合わせて誘導することも、ストレスを発散させる有効な方法でしょう。

#### 【参考文献】

- E, C, Blawley 訳 浜崎裕子 (2002)：痴呆性高齢者のためのインテリアデザイン, 彰国社  
 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  
 ケアと環境研究会 (2002-2005)：認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本版3,  
 J, Cars & B, Zander 訳 訓覇法律子 (2004)：痴呆の人とともに [痴呆の自我心理学入門], クリエイツかも  
 がわ  
 高橋誠一・三浦研・柴崎祐美 (2003)：個室・ユニットケアで介護が変わる, 中央法規出版  
 外山義 (2003)：自宅でない住宅, 医学書院  
 認知症介護研究・研修仙台センター (2010)：初めての認知症介護 食事・入浴・排泄編 解説集, 認知症介護  
 研究・研修仙台センター  
 認知症介護研究・研修東京センター (2006)：第2版新しい認知症介護 実践者編, 中央法規出版  
 U, Cohen & G, D, Weisman 訳 浜崎裕子 (1995)：老人性痴ほう症のための環境デザイン, 彰国社

## 2 コミュニケーションの工夫

興奮・暴力行為の原因は、BPSD だけとは限りません。内服薬により興奮・陽性症状が表出する場合や、長年の生活習慣によるものもあります。まずは現病や内服薬、続いて生活歴やこれまでの性格・環境要因など基本となる情報をアセスメントし、そのうえでコミュニケーションの工夫を考えてみます。

興奮・暴力行為への対応は、優先順位を考え対応する必要があります。

- ① 自傷他害の可能性が高い場合は、安全を第一に考える。
- ② 自傷他害の可能性が低い場合は、周囲の安全と本人の自尊心に配慮し穏やかに解決できるよう支援する。
- ③ 自傷他害の可能性がない場合は、じっくり時間をかけ、納得を引き出せるようなかわりを持つ。

### 1 会話の内容を工夫する

興奮状態にある場合は、普通の声がけでは耳に届かないことが考えられます。抑制の声がけ（やめましょう、落ち着いて、など）は、本人の精神状態を考えると相手の考えを否定することになりがちです。（本人は自分の主張を通そうと思っているため）たとえ興奮されている方が間違っていたとしても本人の納得を引き出すためには抑制の声掛けを直ちに行うのではなく、相手を肯定する会話から入ります。



#### 実際の取組例

##### 1. 目的や理由を確認してみる

興奮や暴力にも本人なりの理由や目的があるはずです。本人の気持ちを知るためにもそれとなく会話の中で確認してみることも必要です。直接、唐突に「なんで怒っているのですか。」などと聞くのではなく、まずは、話を聴きながら怒っている気持ちを認め、受け止め、共に感じながら同調し、本人の気分に応じて気分を損ねないように確認してみてください。ご本人の返答の中から、興奮している原因がわかるかもしれません。

##### 例 1

そうですね。それは腹立たしいですねえ。大変でしたねえ。なんでそうなったんですか。

興奮している理由として「誰も自分のことをわかってくれない」と不信感を持っていて、被害的になっている場合があります。「あなたのことを大事に思っている、信頼している」と感情を伝えることで、真意をくみ取れる場合があります。

## 2. 本人の関心のあることや、好きな話題について話をする

興奮も少しおさまり、ちょっと話ができる雰囲気になってきたら、高齢者本人が楽しくなるような話題について声かけをして、気分を高めることが必要です。昔から興味のあること、現在、興味のあることを把握しておき、気分を変えてみてください。

**例 1** ○○さんは野球が好きなんですね。ご出身が大阪の方ですから阪神ですか。今年は強いですねえ。

事前に家族から本人の昔の趣味や生活習慣を聞いておき、好きなことや熱中したことを話題にして声をかけ、楽しそうに話をしだしたら、色々と質問したり、尊敬しながら話を聞いてみてください。好きな話をするのは、とても気持ちのいいものです。

**例 2** ○○さんは置職人だったんですか。置って何でできてるんですか。置って気持ちいいですよええ。

趣味や特技がある高齢者ばかりではありませんので、その場合は、仕事の内容を調べておき、仕事の話について触れてみるも効果的です。特に男性の場合は、仕事に没頭していた方が多いので、仕事の話について色々と話を聞いてみると、とても丁寧に教えてくれることがあります。

## 3. 感謝したり称賛したり、肯定的な言葉を多用する

興奮や暴力の原因として、自信の無いことによる被害感があります。いつも自分ばかりが失敗していて、周りから攻撃されているような気分があったり、責められているような感じになります。そこで必要以上に周囲に対して攻撃的になったり、怒ったりする場合がありますので、まずは、自信を回復してもらうことが必要です。それには、良いところやできることなどを見つけてお礼や感謝の言葉をかけ、自信をもってもらうようにしましょう。

**例 1** いつもありがとうございます。

**例 2** ○○さんがいてくれて助かります。

**例 3** ○○さんはとても大切な人ですよ。

今いる場所の居心地が悪いため、不安感や孤独感が興奮や暴力につながる場合があります。今いる場所が自分にとって過ごしやすい場所、有用感を感じる場所、必要とされている、と感じさせる関わりが興奮を沈めることにつながる場合があります。

## 4. 今の状況や今後の予定について説明をする

**例 1** 声かけの際にさりげなく、時間と場所、この後のスケジュールをお伝えする。

何をしたらよいのか、自分はなぜここにいるのかという不安から興奮や暴力につながる場合があります。興奮が落ち着いたら不安を取り除くようにやさしく丁寧に説明することで、興奮や暴力が

軽減することがあります。

## 5. 得意なことを探して、頼りにするような言葉かけをする

### 例 1

〇〇さんは、学校の先生だったんですか。何を教えてらしたんですか。今度、皆さんにもお話を聞かせてください。

認知症になって認知機能が低下すると以前にできていたことが、できない場合が多くなります。少しずつ自信がなくなってきたり塞ぎがちになりますが、以前していたことや特技は、身体が覚えていますのでできるだけ職員が頼ってみるといいかもしれません。会話の中でも教えてもらう機会を多くし、ご本人のプライドや自信を回復することが必要です。

## 2 会話の方法を工夫する

興奮している時など、感情がたかぶっている時は何を言っても聞く耳は持ちません。また、怒っている時は、自分に向かってくるものは全て敵ですから攻撃の対象になってしまいます。まずは、敵ではないということをわかってもらうことが必要です。それには、怒っていることを受け入れることが重要です。否定するのでも、無視するのでも、避けるのでもなく、きちんと話を聴き、ご本人の事情や理由、感情に合わせて理解役に徹し、味方になることが必要です。しかし、必要以上に同調しすぎると、かえって興奮を高めてしまいますので、あくまでも中立の立場で理解しようという姿勢が重要です。

自傷他害の恐れなど緊急性が高い場合は別ですが、基本的には相手の視界にいったん入り、正面ではなく横や斜め方向から、話しかけます。

### 実際の取組例

#### 1. 否定せず、説明せず、本人の話を共感しながらうなずいて聞く

### 例 1

相手より声のトーンを抑えて、興奮が収まるまで聞き役に徹する。(緊急性が高い時は例外あり)

興奮していることに同調し、大変さや憤りを感じる必要があります。また、怒っていることになづいて理解を示すことが必要です。この時に、話に乗っからないようにしてください。こちらからはあまり刺激しないように、興奮状態にある方に合わせて興奮を助長させることがないようできるだけ冷静に対応します。

## 3 会話をする状況を考える

まずは静かな環境で、周囲の目が届かないところに行って、落ち着いて話せる場所へ移動したり、2人きりで話をじっくりと聴ける場所に行きます。

### 実際の実例

#### 1. できるだけ静かな場所で、周囲の雑音が無いように、一人の時にマンツーマンで話をする

例 1 冷静に話せる場所に移動する。

例 2 二人きりになり、周囲の声が入らないところで話す。

刺激となる環境要因を取り除き、落ち着いて状況を判断しやすい場面を作ることで、混乱した精神状態を緩和できることがあります。

## 4 コミュニケーションの量を調整する

なだめよう、抑えよう、とやみくもに話しかけるのではなく、相手がなぜ興奮しているのかを話させる、聞き出すコミュニケーションが必要です。たくさん話しかけるのではなく、じっくり聞き役になることで、根本原因の解決につながります。

### 実際の実例

#### 1. 声かけや会話を増やしてみる

例 1 職員が関わる時間を増やし、マンツーマンで関わるようにする。

ただ話しかけるのではなく、落ち着くまでは聞き役に徹して、相手の真意を探ります。

#### 2. 付き添ったり、見守ったりする時間を増やしてみる

例 1 一緒にいる時間を増やしてみる。

興奮時の対応に囚われず、日頃から一緒にいる時間を増やしていただくことにより、寂しさや、思い通りにいかない不満からくる興奮・暴力の出現回数を減らせることがあります。

## 5 非言語的な方法を多用する

認知症が中等度から重度になると、声掛けの意味を正しく理解できないことがあります。安心できるように、そっとボディタッチをし、興奮を収めることも効果的です。

## 実際の取組例

1. 無理に会話をせず、そばに一緒にいて見守る

2. 手に触れるなどスキンシップを行う

例 1 手をつないで歩く時間を作る。

不安や寂しさを緩和するためのコミュニケーションは効果的です。また職員との距離を縮めることにもつながります。ただし、手をつなぐなどのボディタッチをする場合は、相手の反応を見て、その行為が受け入れられているのか観察することが必要です。

3. アイコンタクトや身振りなど、言葉以外の方法を行う

例 1 目が合ったときは、アイコンタクトをとってうなずいてみる。

相手の存在を認めるためのアクションを継続的にとることで、不安感を取り除くことにつながります。

### 3 活動の支援

興奮や暴力が引き起こされる場合、その引き金になる何らかの事象が隠されています。認知症がない人の場合を考えても、何の理由もなく興奮したり暴力を振ったりすることはありません。必ず理由や原因があります。基本的には認知症のある人の場合も同じです。何か興奮を引き起こす事柄があり、また暴力に訴える何かがあるはずで、ケアの対応としてはそれらの原因や理由を見つけ出し（場合によっては推測なども含め）一つ一つ根気よく減らしていくことが重要です。興奮や暴力などを引き起こす要因は多岐にわたります。暑さ寒さや明るさ暗さなどの環境的な要因や、身体的な便秘や水分不足、心理的な不安感、あるいは職員や他の利用者との人間関係、本人の役割の喪失（人の役に立っていると実感できないことなど）など様々な面での不調が原因となります。

#### 1 生活の中での活動を支援する

日々の生活の中で常時興奮したり暴力を振う人はいません。必ずその頻度や強度が変化します。つまり興奮や暴力が頻回にまた激しく引き起こされる時と、そうでないときがあります。まずはその違いが認められるときの生活の要素を拾い出すことが必要です。要素の多くは身体的な不調だったり、心理的な不安感だったりまた環境的な要因も考えられるでしょう。ここでは生活の中での基本的なことに触れます。多くの場合本人の残されている「出来る力」と



実際に行おうとする内容との乖離（出来ないことをさせる）が原因になる場合があります。また本人の「意志」や「訴え」をきちんと受け止めない場合にも同様の原因になる場合があります。

#### 実際の取組例

##### 1. 指導的な役割意識を担保する

本人に毎日簡単な日記をつけていただいたり動物の世話などをお願いし、役割意識と充足感を感じていただくと生活が安定する場合があります。ある男性の利用者の場合、「写経」が得意で最初のころよく「写経」をされていたのですが、徐々に認知症が深まり難しくなりました。そのため「写本」を見て移すことが出来ず、混乱することが頻繁になりました。そこで職員は「写本」の文字を拡大し、さらに写本の中の「典型的な言葉（南無妙法蓮華経）」だけを見せるようにしました。そうすると本人は再び自分で「写経」できるようになり、興奮されることが少なくなりました。

## 2. 自宅での好みの日課を継続していただく

ある利用者の方は興奮しているときでも「お風呂」が大好きで入浴のお誘いをすると「そうですか、それではお風呂をいただきます」と言って急に落ち着き入浴されます。但し逆に一度お風呂に入ると「洗体」と「頭髮洗い」を延々と繰り返してしまい（一度洗ったことを忘れてしまうため）何時間でも入ってしまうという別の課題もありました。

## 2 趣味活動を支援する

ここで重要なことは本来我々が「趣味」の範疇としてはあまり考えないような事柄、例えば「新聞を読む」とか「縫物をする」や「草取りをする」といった活動も本人の「趣味」の中に含めて考えることです。こう考えることで趣味の範囲が広がり内容も多彩になります。

### 実際の取組例

#### 1. 自宅で行っていた活動を継続する

ある利用者の方は「草取り」をしているととても落ち着かれ、興奮や暴力は影をひそめます。草抜き自体は簡単な行為で成し遂げられますし、農家で育った利用者の方にとっては「草取り」はとても重要な作業でもあります。

#### 2. 慣れ親しんだ趣味を継続する

お茶を点てるのが趣味の利用者の方がおられました。この方は興奮すると時に暴力的になることもありましたが、茶筌や抹茶茶碗を用意すると表情が変わり、自分から和室に上がりお茶を点て始めます。お点前はとても見事なものでした。後年認知症が深まってからはお点前はできなくなりましたが、茶碗を手にもって眺めておられました。その時はとても穏やかで優しそうな表情をされていたのが印象的でした。

#### 3. 好きな音楽を聴いたり、歌を歌ったり楽器を演奏したりするレクリエーションへの参加

音楽は人間の心身を癒す効果があります。ある女性の利用者さんは家柄の良い家系に生まれ、小さい時からお手伝いさんがいるような環境で育っていたため、「琴」を趣味にされていたようですが、実際にはもう弾くことはできませんでした。ただこの方の場合、同じ話の繰り返しになりますがかつて「琴」を見事に弾いていた頃のお話を度々、あるいは日に何度も職員が「聞き役」に回ってお聞きしていると落ち着くという方でした。

## 3 外出活動を支援する

外出を支援する際にとっても重要になることは、上述した「興奮や暴力を引き起こす原因や理由」をある程度把握しておくことです。何故なら外出先で限られた職員で対応する場合には他からの支援が受けにくいからです。従って外出を支援する際には少なくとも興奮や暴力の「原因や理由」をコントロールできることが求められます。認知症の人は一度に多くの刺激や情報を理解したり処理

したりすることが概ね苦手になります。特に外出先では「様々な音」や「人の多さ」などはコントロールが困難です。そうした場合には「人の少ない時間帯」を選んで出かけるとか、様々な音響のある場所は避けるといった配慮が必要になります。

### 実際の取組例

#### 1. 本人の好きな場所への外出を支援し落ち着いた時間を過ごす

ある利用者の女性は朝食に出される食パンの耳を残しておき、それを持って近くの公園の池に泳いでいる白鳥や合鴨に餌としてあげるのを楽しみにしていました。この利用者さんは静かな公園では興奮もなくゆったり過ごすことが出来ていましたが、何度かおやつを買うためにスーパーに出かけましたが毎回帰ってくるたびに興奮や暴力が出ました。おそらくスーパーでの過剰な刺激や情報が本人の情緒に悪影響を及ぼしていたのではないかと思います。

#### 2. スーパーなどへ買い物に出かける

ある利用者さんの場合はスーパーに買い物に出かけると「自分の好きな」あるいは「気に入った」お菓子が買えることがとてもうれしいようで、暴力や暴言が出ているときでも買い物にお誘いすると「ニコニコ顔」になられ、さらにスーパーで気に入ったお菓子を見つけるとさらに喜びは増すようでした。後にご家族からお聞きした話では、本人は沢山の子供を女手一つで育て上げたので、自分は好きなお菓子の一つも買っていなかったようだということでした。おそらくこの方はやっと子育てから解放され、昔買うことのできなかったお菓子を買えることが何よりも嬉しかったのだと思います。

#### 3. 外出しお茶を飲む

同じお茶を飲むのでも外出し外でお茶を飲むことはとても効果があります。ある利用者の方は時々ハンバーガーショップに出かけ、コーヒーを飲むことを楽しみにしておられました。興奮されているときでも「コーヒーを飲みに行きませんか？」とお誘いすると「ニコニコ顔」になられ出かけていきます。こうした「場面を切り替える」という方法も現場では役に立つものです。

## 4 リハビリや運動、療法を実施する

リハビリや療法を実施する際の注意点は先にも述べましたが「無理強いしない」ということです。これらを実施せんがために却って「興奮や暴力」を引き起こしては本末転倒になります。大切なことは本人が「同意」または「了解」してから実施することです。音楽療法などは大きな声を出すこともありストレスの発散や気分の高揚感を伴い本人の安定に寄与する場合があります。また化粧療法などは女性の利用者さんには効果的な場合が多くみられます。

## 実際の実例

### 1. 本人の意欲の高まる療法を考える

ある女性の利用者さんは口紅をさすだけで気分が良くなり、日中落ち着いて過ごすことができました。化粧療法を実施する場合は職員が行ってもいいのですが、可能ならば化粧品メーカーのプロの人にお申し、定期的に施設に出向いてもらい実施すると効果が高くなる場合があります。ある利用者さんはカレンダーに「化粧の日」と〇印をつけ楽しみにして待ってられました。

### 2. 各種療法を試してみる

「回想法」や「ドッグセラピー」「学習療法」等々、様々な療法があります。本人に何が効果があるかは試してみないとわからない場合もあります。従って本人への負担が高くないよう配慮し実践してみることも価値があります。ある利用者さんは小学生の登下校の見守りを行うことで生活のリズムが良くなりました。この方はホームの前の道を登下校する子供たちをニコニコして見守り、時には声をかけておられました。そのことで不機嫌や暴言などが強い時でも「見守りの時間ですよ」とお声かけすると「サッと」表情が変わり安定されていました。これは「役割療法」だったのかもしれない。



## 4 身体面へのケア

興奮や暴力は、何もしないで起こることはなく、身体的な苦痛・環境的な苦痛などで極度の緊張にあるときに、外的な不快なかわりに対して暴言や暴力として現れることがあるということを知っておきたいものです。興奮・暴力というのはまず、本人の意思に反していることは間違いなので、距離感を保ちながら、かかわることが大切になります。また、薬剤の副作用や身体合併症などからも、興奮・暴力につながるものが多くあるといわれています。

機嫌が悪そうなときは、「体調が悪いですか」とか「怒っているのですか」と聞いてみるのが大切で、体調が悪いというときはどんなふうに体調が悪いのかを分かりやすい言葉で尋ね、反応を見て、医療連携の中で対応します。また、怒っているというときはそのことを解決してから、ほかのことを言うように心がけたいものです。怒っているのにさらに本人の意に沿わないことを強要すると暴力につながります。

暴力が起きてしまった後、そのままにすることなく、まずかったことはお詫びをして、暴力はやめようということを話す場面も必要だと考えます。

### 1 医療的な支援を行う

急激に怒りっぽいとか、気分の変動が激しいなどというときは、薬剤で興奮暴力を抑えるということを考えるのではなく、どんな時に怒り出すか、どんな風に気分の変動があるかななどを観察し、医師に報告するとよいでしょう。薬剤の副作用などがあるかもしれません。

また、本人に「どこか痛いところがありますか」と聞いてみて、うまくこたえられなくともその反応を見て、痛みがあるかないかを判断するということが大事な観察の視点になります。痛みを我慢しているようなときは、姿勢が悪くなり痛いところに手を当てる、どこかをかばうような歩き方をするなど、生活の様子を見ていると変化に気が付きます。また、わからないことやできないことが多くなり、慢性的な不安がある中で、今後の自分の生き方、ありかたについて悩んでいることもあります。

興奮・暴力が出てきたなら、ゆっくり落ち着いているときに病気についての話をしてみることも、大切な医療的な支援かと思えます。

### 2 食事や水分の摂取を支援する

「腹が減っては戦ができん」と言われたように、空腹は落ち着かず、何かのきっかけですぐに、興奮や暴力につながっていくことがあります。空腹が予想される場合には、飴を口に入れてみる、お菓子を出すなど、その時の表情の変化などで、効果を読み取ることができます。

認知症の症状が進んでくると、元気だったころと同じ量を食べていたとしても、消化吸収が十分でないと空腹感が強くなります。また、食事を出されてもどのように食べるのかが分らなかつたり、ほかの人の視線が気になって食べられなかつたりすることもあります。落ち着いて食事ができなくなってきたなら、静かな場所で、人の動きが視野に入らないところで、手で持って食べられるようにするなどの工夫もしてみたいものです。

## 実際の取組例

### 例1 落ち着いたから、おやつに誘ってみる。

興奮している時に食事を勧めるのは不自然ですので、話を聞いて少し落ち着いたから、ちょっと口に入れられるおせんべいや、飴玉やチョコレートなどのお菓子を勧めたり、職員と一緒におやつ時間としてバナナやフルーツなどを提供してみましょう。あるいは、ご本人の好きなお菓子や食べ物を提供して話を聞いてみるのもいいかもしれません。

### 例2 こまめにお茶やジュースなど、休憩や団樂の時に勧めてみる。

興奮している時にまずは、椅子に座ってお茶などを勧めながら話をしっかりと聴いてあげることが必要です。水分量が不足することによって、意識がもうろうとしたり、気分がすぐれなかったりする場合があります。

高齢者は、身体の基礎代謝量が減少し、生成される水分が減少し、細胞内の水分も少なくなって、筋肉や皮下組織の水分量が減少してしまいます。また、のどの渇きを感じにくくなるため、水分を取りにくくなり、脱水状態になりやすくなります。

一般的に一日1500mlを目安に、1回200mlずつ何回かに分けて冷たすぎない温度の水分をこまめに摂ってもらうことが必要です。必ず水分摂取の量を記録して、自分で水分を摂りにくい高齢者の場合は、食事時、休憩時、おやつ時などに水分を勧めましょう。

## 3 排泄を支援する

自分の身の回りのことができなくなることで、プライドや自尊心が傷つき、自分の存在意義を見つけることもままならない状況になっていきます。

特に「便失禁」の時に気持ちが悪いであろうと介護者は交換するように誘導しますが本人にとっては、「とんでもない失敗をしてしまって、困っており、今それどころではない状況」なのに何度もわけのわからないことを言いに来ると、「うるさいあっちに行け」という言葉は出てこないが、つかみかかったり、突き飛ばしたりしまいは嘸みついてくる場合もあります。

そのようなときは、静かなところで落ち着いた、気持ち悪いから何とかしなきゃならんと思うようになった時に視線を合わせず、言葉をかけずに支援したいものです。

また失敗する前に、トイレ誘導ができるように本人のシグナルを探し、トイレで排泄できるように支援することが大切です。



### 実際の取組例

**例 1** 視線を合わせずトイレに行き「手伝わしてください、ごめんなさい」と言いつつ支援する。

トイレで排泄の支援を行うときの言葉かけはとても難しく、言葉少なく「失礼します、ごめんなさい」と言いつつ、目線を合わせないことがよいと思います。

**例 2** シグナルを見つけ、失敗する前にトイレへ。

トイレに誘導するときはタイミングを逃さず、失敗させないように支援することが大切になります。誘導の声掛けには本人のプライドを傷つけないような配慮が必要になります。

**例 3** おならが出ているときにはトイレで排泄支援をする。

排便の前兆の場合も多く、ゆっくりとトイレに座る支援を考えましょう。

**例 4** トイレでは見守りが必要だが、本人から見えなくて見守る。

トイレに一人になると、何のためにここにいるのかわからず立ち上がり転倒につながる 경우가多くあります。トイレのドアの外で待っている、中で見えないところに立つなどの見守りが必要になります。

## 4 睡眠の調整を支援する

睡眠が十分にとれていないと、倦怠感、頭がすっきりしない、気分がすぐれないなど様々な症状が現れます。そのように気分がすぐれずすっきりしない時の不適切なかわりや、にぎやかな環境などによって、不穏や暴力行為になることがあります。

環境を整え、適切なかわりをするのは当然のことですが、十分な睡眠をとり体調を整えることはとても大切に思います。

夜間ゆっくり睡眠がとれるように、夕方以降は気分の高揚を避け、ゆっくりした時間を過ごします。夕食後、着替えをして、歯磨き・洗顔・トイレでの排泄を済ませてベッドに入ります。大きな音を立てる掃除洗濯などは、できる限り日中に行い、夜間は睡眠のケアをしている時間であることを忘れないでほしいものです。

### 実際の取組例

**例 1** 日中の活動量を増やす。

日中の活動は、心地よい睡眠につながります。特に戸外での散歩や近所までのお出掛けは、適度

な疲労とストレス解消になり生活にメリハリが出てきます。

### 例 2

日光浴を行う。

日光を浴びるとメラトニンが多く出て夜間の睡眠バランスが取れやすくなります。

### 例 3

睡眠薬を減らす・やめる。(偽薬を使う・ビオフェルミンなど)

睡眠導入剤など多く服用していてもまだ寝れないという方の訴えをどうするかは、従来から話し合われてきました。現在飲んでいる薬剤も効果があるかどうか分からないような場合、薬剤の数を合わせるために、偽薬を使うことがあります。ただし医師の許可を得て検討すべきだと思います。

## 5 入浴の支援をする

興奮や暴力が多くなっているとき、かかわりを控えてしまいそうになりますが、そんな時こそさみしい気持ちや不安な気持ちに寄り添いながら心地よい入浴になるように支援したいものです。

入浴により全身の血液の循環が良くなり、心地よい疲労感とともに休息の時間を作ることができます。入浴によって心地よい休息が取れることでゆとりの時間ができる、徐々にゆとりの心地よさから興奮や暴力がなくなっていくと考えられます。

興奮や暴力のある時期に、いつどのようなタイミングで、どのように入浴につなげるかが大きな課題になるかと思いますが、コミュニケーションの取れている職員がかかわるなどの工夫と、チーム員が情報を共有することが大切になります。

### 実際の実例

#### 例 1

コミュニケーションが取れている人が介助する。

いつも入浴介助が男性スタッフ3人がかりで大変なのに、毎日朝夕挨拶をしてコミュニケーションをとってきた人が「お手伝いしますか」というと「うん頼む」と言って何事もなく入浴できたということが聞いたことがあります。

#### 例 2

静かな環境を作る。

台所を経て浴室に入るような建物構造がある時、台所に人がいると入浴できない人がいたことを思い出します。入浴の支援は静かな環境であることが望ましいと思います。

## 6 視覚や聴覚などを支援する

疲労感があり、周りで言っていることが理解できない時、何が何だかわからず興奮・暴力につながる場合があります。視力や聴力が落ちていると薄暗い中で過ごしている感覚になったり、周りの

人の話し声が悪口に聞こえたりして、暴力になってしまうこともあります。視力・聴力の検査などにも気を配り、早期に目・耳の治療を行うなど考えたいものです。また、認知症の人の耳垢については、時には専門医にお願いすることもよいでしょう。



### 実際の取組例

**例 1** にぎやかなところから静かな環境に移動する。

賑やかに笑っている声にいらだち、大声で怒鳴り始めることが多くあります。本人にすると何を言っているかわからず、自分のことを笑っているようにとらえることもあります。怒り出す前に静かなところに移動して穏やかな時間を過ごせるように支援したいものです。

**例 2** 理解できるやさしい言葉で伝える。

周りの状況が理解できないことは不安を大きくすることにつながります。一人一人が分からないことで混乱しないように分かりやすく状況を伝えることが必要かと思われれます。

**例 3** 幻視や幻聴で混乱していないかを確認する。

幻視や幻聴で混乱しているときは、無理に説得したり止めたりすることなく、本人の状況に合わせて、環境を整えるほうがよいでしょう。しかし、レビー小体型認知症の人は、そういった状況を覚えていて、あとで「また失敗した、またみんなに迷惑をかけた」などと心を痛めています。そのことには一緒に考えて対処をする必要があります。

## 7 体重の管理をする

興奮・暴力が出てくると、本人の気持ちは落ち着いてゆっくりできなくなります。

食事もうっくり座って食べることができなく立ちながらのつまみ食いやお菓子やパンを食べるなど、しっかり栄養を取ることが難しくなります。

そのような場合は、高カロリーの栄養補助食品を活用するなどして管理を心掛けたいものです。

## 実際の取組例

## 例 1

食べたい時に食べたいものを。

食事の時間、おやつの時間といった介護者側の都合を押し付けることなく、本人の食べたい時に食べたいものを用意することを考えたいものです。

## 例 2

見て何かわかるものを。

見て何かわからないものであれば、食べる行為に結びつかないことがあります。見てわかるもの、食べなれているものを用意したいものです。

## 5 他者との関係支援

### 1 他者との関係を調整する

認知症高齢者が、ケアや周囲の人的環境の原因によって興奮したり暴力をふるう場合、ご本人の思いをくみ取らず強引にあるいは画一的にケアを提供しようとしたり、不快を伴うような職員の一方向的な関わりなど、ご本人の思いを無視したり尊重を欠いたケアになっていないか考えてみましょう。また、ご本人の嫌がることを必要以上に行い過度に刺激するなどのケアは、周囲への安心感や職員への信頼を一度に損ねてしまい、さらにケアを困難にさせてしまいます。

しっかりとご本人の気持ちを聞き取り、ケアのタイミングを調整してみるなどご本人の思いを尊重したケアを実践しましょう。

また、声の大きさやトーン、穏やかでやさしいまなざしといった非言語的要素にも気を配り、職員が不快や興奮の原因とならないよう気を付けましょう。

他の高齢者の行動・言動・BPSD・視線から不快や過度の刺激を感じている場合は、距離や視線の方向などを考え居場所を見直すことが必要です。

また、施設を利用することで「ケアされる側」といったご本人には不本意な立場を余儀なくさせてしまい、ご利用者のプライドが知らず知らず傷ついていることがあります。これまでの生活で果たして来られた役割を尊重し、一人ひとりがプライドを保って生活できるよう支援しましょう。



#### 実際の取組例

##### 1. 他の入居者との関係

他のご利用者の言動に対する不快やイライラが募ることで、興奮や暴力的なトラブルが起きているときは、次のような工夫をしてみましょう。

###### 例1 他の高齢者への支援依頼

他の入居者（コミュニケーションが図れる人、住んでいた地域が同じだった人、趣味が共通する人、気遣いのできる人等）の同意をもらって近くに席を用意し（飲み物も用意するとよい）、初めは職員が会話を促進するようにして、気分転換が図れるように支援しましょう。

###### 例2 仲の悪い人と離す

トラブルになってしまう入居者とは席を離したり、お互いが視界に入らないようリビング内の居場所を調整しましょう。

一か所のテーブルを囲むだけの席ではなく、ソファやコーナーなどを利用して、数か所の居場所を用意しておきましょう。

**例 3****仲の良い人と過ごす支援**

落ち着ける仲のいい人と過ごす（散歩や外出、ティータイム等）ことで気分を転換できるようにし、共感してくれる仲間がいるという安心感を持てるように支援しましょう。

**例 4****他の高齢者との交流促進**

自分の得意なこと（歌を歌う、家事、料理、スポーツやレクリエーション）等を他の入所者と一緒ができるように支援し、心の安定が図れるようにしましょう。

**2. 異性関係**

女性ばかりのグループではトラブルが多かったのに、男性が入ることでグループの雰囲気が変わりトラブルが減少するといったことがあります。男性の存在が一家の柱という安心感を与えるためか、大変落ち着きを取り戻す女性のケースもあります。異性相互のやさしさや気遣いが発揮されるように見守りましょう。

興奮時やイライラが募っているときも、安心する存在となっているなじみの異性からの声掛けもお願いしましょう。

**3. スタッフとの関係**

スタッフの慌ただしい言動や、行動を制限するような威圧的な言葉かけが入居者の興奮や暴力的行為を招いてしまうことが多くあります。ゆっくりと落ち着いたトーンで関わるようにし、本人を焦らせずしっかりと気持ちを聞き取ることを優先しましょう。

信頼関係が希薄なため、どうしてもうまく関われない場合は、信頼を得ているスタッフと交代して関わってみましょう。

**4. 以前の人間関係**

施設の中だけの人間関係ではなく、以前から関わりのあるなじみの人との関係を繋ぎ、理解者を招くことで閉塞感や孤独感を解消し、安心できるようにしましょう。

**例 1****近隣、知人との交流支援**

出身地域の催しへ参加したり、一時帰宅などを通して知人との交流を繋げるとともに、施設に知人や近隣の住民を招くなどにより心の安定を図りましょう。

## 2 家族との関係を支援する

認知症によって現在の状況が理解できず、自分がなぜここにいるのか、なぜ家に帰れないのか等様々な葛藤や不安、孤独を感じておられます。この心の負担を軽減するとともに周囲や職員への信頼が得られるよう支援しましょう。

また、ご本人にとって大切な存在である家族との繋がりを持ち孤独感が軽減されるよう支援しましょう。

さらに、施設に入ったことでこれまでのように自由な生活が送れずストレスが増してしまうといったことがないよう、ケアを施設内で完結するのではなく地域の人や資源と繋がった支援ができるよう努めましょう。

### 実際の取組例

#### 1. 家族との関係（家族の状況）

生活史や聞き取りの中から家族の状況と入居に至るまでの経緯や関係性を把握し、どのような葛藤や事情が本人や家族にあったのかなどを知っておきましょう。

##### 例 1

##### 家族との連絡調整（手紙）

不安な生活の中で、夫や妻、子供などの家族と会うことは、不安を解消する良い方法です。しかし、家族と会うことで寂しさが増したり、逆に混乱する場合も多いようです。その場合は、直接会うことは控えて、職員が仲介しながら、家族への思いや今の心情を手紙に書いてもらい家族に手渡したり、家族にご本人への手紙を書いてもらい本人に渡したりと、手紙などによって家族とのつながりを感じてもらうことも有効です。

##### 例 2

##### 家族（お墓・位牌等）との接触機会調整（面会、訪問、電話等）

家族の存在は心の支えです。いつもそばに感じられるよう室内に位牌を持ち込めるようにしたり、毎日の習慣であればお茶やお水をお供えして手を合わせる時間を絶たないようにしましょう。

さらに、お彼岸やお盆などの時季にはお墓参りや帰宅して仏壇に向かえるようにし、心の安定を図りましょう。

さみしさが募らないように日頃から家族との繋がりを感じられるよう、面会や帰宅、外出など家族との時間が持てるように支援しましょう。

また、急にさみしさが増し興奮や焦燥があるときは訪問を依頼したり、帰宅したり電話をかけたりすることによって直接顔を見たり声を聞けるように支援しましょう。

## 6 ケア体制の調整

認知症の人は、自分の意思を的確な言葉で表現することが困難になります。そのためスタッフは、本人の意思を無視したり、なかには本人が表現している不快感を「厄介なこと」「困った行動」と片付けてしまう場合があります。援助する側の都合を優先させたケアを提供しては、不安や混乱を招き、興奮や暴力を引き起こす原因にもなり、このようなケア体制では、チームケアの機能は全く活かされていない、といえます。

認知症の人にとって大切なことは、認知症の人が安心して、充実した生活を営むことができるよう、日常生活を整えるための介護援助が提供されることです。認知症ケアでは、認知症の人が自ら体調の不良を自覚しても訴えることが少ないため、症状の悪化などの情報を共有して、適切な対応を心がけることが必要です。ケア体制が整うことで、認知症の人の不安や混乱などを軽減することができ、興奮や暴力を防ぐことにつながります。

### 1 チームでのケア方法を統一する

チームケアを進める上では、「誰のために」チームケアが必要とされているか、という問いかけが不可欠です。スタッフがバラバラに援助していたのでは、ただでさえ混乱しやすい認知症の人に、有効な援助が行なえないばかりか、本人が支援を拒絶したり、興奮や暴力を振るうことにつながる場合があります。認知症ケアでは、スタッフがやっている援助内容が同じかどうかを常に確認し、ケア方法の統一を図ることが求められます。

興奮・暴力への対応の原則は、症状を引き起こしている要因へのアプローチです。興奮・暴力を引き起こす要因には、記憶障害、見当識障害、実行機能障害、身体の状態、環境・状況の変化、人間関係などがあり、さらに妄想、不安、抑うつ、せん妄などの精神症状によって二次的に引き起こされている場合もあります。したがって適切な対応をするためには、可能性のある要因をできる限り多くチームで想定して検討することが必要です。

ケアプランは、職員のケアの統一を図るためのツールでもあります。たとえば、立派なケアプランが作成されているので、職員にそのケアプランに記載されている具体的なケア方法などをたずねても、理解していない、解釈に違いがある、といった傾向がみられる場合があります。これではケアプランに基づいたケアが提供されていないだけでなく、職員によってバラバラなケアが提供されていることになります。

せっかくカンファレンスなどによって個々の利用者に適したケアの内容が検討され、具体的な方法や留意事項が作成されても、このように職員がバラバラなケアを提供していたのでは、認知症の利用者に不安や混乱を与え、場合によっては怒りの誘因となり、結果として徘徊や興奮・暴力などのBPSDを引き起こして、その対応に職



員が追われるという悪循環になります。「チームでケア方法を統一する」ためには順を追って実践する必要があります。

### ケア方法を統一するための具体的な方法事例

#### 1. 統一するための実践方法の工夫

- 出勤時には必ず一度ケアプランに目を通して（確認して）から業務につくようにすることが、ケアを統一することにつながります。
- ケアプランは、見たいと思ったときにいつでも確認（見る）ことができるように、担当者が個人ファイルに綴ってリビングの棚やパソコンテーブルの横に保管し、記録もリビングなどで行い、他の記録物と合わせて確認しやすいようにすることで情報を共有しやすくなります。
- ケアプランから入浴に関する内容については、更に個々の対応がわかりやすい入浴手順書を作成し、ケアを提供する前にさっと目を通してからケアできるように脱衣室に置くことで、統一したケアができるようになります。
- ケアプランに変更があった場合には、職員用の申し送りボードにケアプランを確認してからケアにあたることを明示することで変更後も情報の共有がスムーズにできるようになります。

#### 2. 統一できているかどうかを確認する工夫

- 毎月1～2回の会議などで、情報が共有されているかどうか、リーダー（主任など）がケアプランの内容を職員に質問することで意識も高まり、理解と共有が図られるようになります。
- プランの内容に変更が加えられたときには、変更後2～3日の間に利用者を担当者している職員（担当者が休みの場合はその日の責任者など）が、他の職員に理解されているかどうか、質問形式で確認し、理解されていない場合には、覚えるまで再確認を続けることで、統一が徹底できます。
- 変更点を周知した後は、主任が実際に職員の動きを見たり、経過記録の内容をチェックして、変更情報が徹底されているかどうかを確認しましょう。
- 日々の記録時に、ケアプランを横に置きながら、プランとのズレが生じていないかを確認することで、プランと実践、記録の連動が図られるようになります。

## 2 関わるスタッフを調整する

認知症の人が何の意味も理由もなく、暴力を振るうことは稀です。暴力行為には、その原因として認知症の中核症状や、スタッフの対応が影響する場合が少なくありません。知的機能や記憶力の低下、見当識の障害などによって、スタッフが話している事がわからなかったり、知らない人ばかりで、場所も分からないというような不安で混乱した状態に置か



れることとなります。そして、そこから生まれる感情や気持ちが、攻撃的な表情やしぐさ、発言となってあらわれるのです。また、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、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なくなります。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ります。スタッフが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、関わり方の統一を図ることが大切です。

## 実際の取組例

### 例 1

#### 担当職員を少人数にする

- 利用者が興奮している場合に、職員が大人数でかかわるよりも、少人数でケアの統一を図りかわる方が落ち着くのが早くなります。
- 少人数の方が、利用者の情報を共有しやすく、対応もしやすいものです。
- 利用者についての情報を確実に把握することができるため、何か起こりそうな時、起こった時も共通した対応をとることができ、危険を回避することができます。
- 利用者が興奮したときには、少人数の方が利用者への刺激が少なく、興奮の助長を防ぐことができます。
- 利用者が話しをしやすい環境ができ、興奮や暴力が少なくなります。
- 少人数にすることで、利用者が職員の顔を覚えやすくなり混乱しなくなります。
- 少人数だと、「いつもの人」がいることでの安心感や信頼関係が生まれるためか、興奮や暴力が少なくなるようです。
- 時には毅然とした態度で接することで、職員との信頼関係がかえって増すこともあります。

### 例 2

#### 異性の職員に変えてみる

- 男性の利用者と男性の職員だと余計に興奮されることがあるが、女性職員に変わると急に落ち着かれ「もう良いんだ」と納得されることもあります。
- 男性の利用者が、女性の職員に対して興奮している場合に、「女のくせに」と余計に怒る場合があるので、男性の職員が関わる方が落ち着く場合もあるでしょう。
- 女性の職員に対して興奮して声を荒げていた女性の利用者が、男性の職員に交代すると我にかえり恥ずかしそうに穏やかになることがあります。
- 男性の利用者が、男性の職員に対して興奮しているときに、弱々しい女性の職員が対応することで女性の弱さに我にかえることもあり、その場が治まる場合もあります。
- 女性同士（男性同士）だと、興奮を助長させ、異性の職員が対応することで治まる場合があります。
- 興奮しているときに、若い異性の職員が関わると利用者のお孫さんのような関係を築くことができ、興奮が治まる場合があります。

**例 3** 関わる職員を他の職員に変えてみる

- 他の職員が何事もなかったかのように「あら、どうしたの!？」と白々しく対応することで話題を変えて、興奮を治めることもあります。
- マンツーマンで関わっていると職員のストレスも高くなるため、他の職員に交替することでストレスが軽減でき、利用者も早く落ち着きを取り戻せます。
- 同じ対応をしていても、他の職員に代わることで「もういい!」と穏やかになり、その後は何事もなかったかのように笑って話すこともあります。
- 関わる職員を他の職員に変えながら、興奮や暴力の原因、その引き金になる場面・言葉を検討しながら職員間で情報を共有し、対応を変えることで落ち着いてきます。
- 対応する職員を変えることで、利用者の今までの怒りや興奮といった気持ちが緩和されることもあります。
- 利用者の興奮や暴力が激しい時に1人だと対処しきれず、職員も不安になり余裕がなくなりますが、他の職員に変えること余裕も生まれるからか、興奮や暴力が治まりやすいものです。

**例 4** 専属の職員にする

- 専属の職員にすることで、何に怒りを感じ、何に恐怖心を抱くのかを熟知することができ、それを他の職員と共有し統一したケアを提供することで落ち着くことができます。
- 「痒い所に手が届く」ではないが、言わなくても「いつもの対応」「いつものこと」をしてもらえる職員が関わることで興奮が治まりやすいものです。
- 利用者が興奮していても、納得し落ち着くまで一緒に付き合うことができるので、興奮が治まるのも早いようです。
- 1人の職員だけが嫌われ者を演じることで、他の職員に対しての興奮や暴力が軽減できる場合もあります。
- 利用者の好きな職員や安心のできる職員が対応することで、興奮が治まります。
- 身体をはって、とことん付き合うことで「あんたには、負けたよ」と急に落ち着きを取り戻すようなこともあるようです。
- 親身になって話しをすることができ、利用者の納得がいくまで話しを聞くことができます。



## 3

## 帰宅願望場面における認知症ケアの考え方

帰宅願望とは一般的に帰宅の要求を頻繁にしたり、実際に帰宅をしようと外にでていこうとすることです。帰宅したいとか、帰りたいという想い自体は誰でも抱くものですから、帰りたいということ自体は問題ではないはずです。知らない場所や知らない人が周囲にいれば不安になり、その場から逃げ出したいと思います。自分がいる場所ではないと思えば、自分を受け入れてくれる場所へ行こうとすることは、当然のことと思います。また、帰りたいところは、家だけとは限りません。生まれ育った故郷だったり、親しい家族や兄弟かもしれません。重要なことは、帰りたいという要求や外に出ていこうとする行動には、本人なりの理由があり、人によって様々であるということです。帰りたいという言葉の裏にある本当の思いを理解して対応することが必要です。

帰宅願望への介護の目標とは、帰りたいという思いや外出しようとする行動を無くすことだけではなく、帰りたい原因や理由を知り、原因に応じた対応を行うことによって、安心してもらったり、生活意欲が湧いてきた結果として、帰宅の要求や行動が少なくなったり無くなることです。

## ◎ 帰宅願望における介護の目標とは

### ① 帰宅の訴えに伴う不安や焦りを緩和すること

帰宅願望の原因や理由としては、認知症の中核的な症状が影響しています。自分のいる場所がわからない、周りにいる人がわからない、居心地が悪くて落ち着かない、行きたいところがあるけど行き方がわからない、自分の部屋がどこかわからないなど短期的な記憶の障害や、見当をつけることが難しかったり、判断力が低下していたりと、認知症の中核的な症状が原因となって、不安やあせり、孤独感、恐怖、落ち着かなさなどの気持ちが不安定になっていることが主な原因と考えられます。まずは不安を緩和して、帰りたいという気持ちを和らげることが必要です。

### ② 帰宅要求の頻度が減り、表情が和らぐこと

やがて不安や焦り、恐怖などを緩和し、心理的に安定してくれば少しずつ帰宅願望は少なくなってくるはずです。不安や孤独感などが緩和され帰宅願望が減少するだけではなく、生活意欲が向上し、いきいきと、穏やかに生活できるようになることが重要です。

## ◎ 絶対にしてはいけない介護

帰宅願望への対応として、絶対におこなってはいけない介護は、帰りたいという訴えや行動が問題であるという考え方、また行動を抑制したり、帰りたいという要求を説得したり、否定しようとする事、そして帰りたいという訴えの裏にある理由を知ろうとしない、その場限りの対応などです。

### ① 帰宅の訴え＝問題と考えてはいけない

帰りたいと頻繁に訴える様子を見て、あれは認知症だからしょうがないとか、異常な行動だとか、問題だと考えることは意味がありません。帰りたいと思う気持ち自体は異常ではありません。認知症に限らず一般的にも、知らない場所に行けば、居心地も悪いので帰りたいと思いますし、不安で孤独感に包まれ、ホームシックになったりします。認知症者にとっても、ここは落ち着かないので家に帰りたいとか、生まれ育った故郷へ行きたいと色々な理由があって帰りたいと思っているので、正常な訴えと捉えることができます。つまり、帰宅願望や要求は問題ではないので、帰宅願望を無理に抑制したり、排除してしまおうとする必要はありません。問題なのは、帰りたい理由や目的、あるいはその原因となっている感情が本人にとって有害かどうかです。ここには居場所がなく、ここから逃げ出したいとか、早く立ち去りたいとか、不安や孤独感などが原因となって帰宅願望を引き起こしているのであれば、不安や孤独感、悲哀、焦燥などのネガティブな感情を緩和し、落ち着いてもらうことが必要です。まずは落ち着いてもらうことを目標にケアを行い、その結果、帰宅願望が減ったり、なくなったりすることがあるかもしれません。

### ② 行動を抑制してはいけません

帰宅願望を問題視し、減らしたり、無くしたりしようとすると、部屋に閉じ込めたり、玄関に鍵をかけたり、行動範囲の制限をするようなケアを行ってしまいがちです。あるいは、本人の身体を抑制して動けないようにする場合もあります。このような対応は、帰宅願望という気持ちを見えなくすることはできますが、根本的に無くすことはできません。帰宅の要求をしている本人の気持ちや、気持ちを起こしている原因に対応しない限り、根本的な解消はありません。臭いものにふた方式で行動を抑制しても、帰りたい気持ちを見ないようにしているだけです。

### ③ 気持ちを無視した対応は意味がありません

帰宅の要求を無くすことだけが目的になると、その場限りの対応をしてしまいがちです。とりあえず一緒に歩いてみて話をしてみたり、「今日は遅いので明日にしましょう」など適当な返答をして誤魔化したり、玄関から外に出ないように監視してみたりと一時的には帰宅行動を防止できますが、すぐに再発してしまいます。帰宅願望の原因となっている理由や目的を理解し、帰りたい気持ちを理解できなければ根本的には帰宅願望は減少しません。なぜ、帰りたいのか、なぜ寂しいのか、なぜ居場所がないのか、なぜ不安なのか、本人の気持ちや理由に応じた対応ができれば心理は安定し、自然と帰りたいという気持ちは減少していきます。まずは、本人の心理や気持ちを考えることが重要です。

## 1 環境の調整

徘徊と同じく、帰宅願望もまた認知症の人が「場所と時代を探している」行動の一つと考えることができます。

認知症の人が、外が薄暗くなってくると「家に帰る」と訴える状況を「夕暮れ症候群」などと職場の中で使うことがあります。私たちがそうであるように「夜になれば自宅へ帰る」という、何十年も繰り返し続けてきた生活習慣は、認知症になっても変わるものではありません。施設での暮らしにおいて、「ここが自分の居場所ではない」ということを認識できるという意味では、むしろ異常なことではなく正常な感覚とも言えるのではないのでしょうか。

また、「家に帰る」といっても、単純に家に帰りたと言っているわけではない場合もあります。自宅にいても「家に帰る」といって外へ出ていこうとする認知症の人もあります。本人の思い描いている家が子供の頃や若い時の家であったりすることもあるのです。

また、本人が、そこにいる意味や目的がわからない場合にも帰宅願望は出現することがあります。これは、本人が認識している現実と、私たちの現実が異なっている場合に起こると考えられています。



## 1 グループや人数の調整をする

一般に、スペースが大き過ぎる環境は認知症の人には適さないと言われますが、それは建物だけの話ではなく人の集まりにも同じことが言えます。たくさんの方がいればそれだけ情報量も大きくなり、混乱をきたしやすくなるからです。そういう意味で認知症は記憶の容量が少なくなっていく病気といえます。

帰宅願望に対してグループや人数の調整をする場合、情報量（人数）と、そこでの一員・仲間であるという感覚を大切に調整する必要があります。もちろん人の好き嫌いがありますから、その点も考慮しながら行うことが大切な視点でしょう。

### 実際の取組例

#### 例 1

#### 他の利用者が話を聞く

仲のいい認知症の人同士の会話を聞いていると、話は全然かみ合っていないのに、雰囲気がかみ合っていることがよくあります。自分のことについて共感できる仲間がいることは、本人にとっても心強いことなのでしょう。本当に楽しそうに話している姿は、見ていても微笑ましいものです。このように気の合う利用者が肯定的に話を聞いてくれる場があれば、帰宅願望は少しずつ消失していくのではないのでしょうか。

### 例2 仲の良い人だけを同じテーブルに集める

仲の良い人がそばにいただけで、生活は楽しく感じられるのではないのでしょうか。日本には「同じ釜の飯を食う」ということわざがあるように、帰宅願望のある人にも、利用者同士の連帯感を感じることで「そこにいる意味」が生まれてくることがあります。仲の良い人と同じテーブルと一緒に過ごすことは、緊張や不安を感じず、笑顔の時間を多く作ることになるのではないのでしょうか。そこに「自分の居場所」ができるのかもしれませんが。

## 2 落ち着いて、安心できる場所づくり

夕方近く、スタッフの忙しい時間帯に限って「ご飯の支度がありますので」「どうもお世話になりました」と丁寧にお辞儀をして帰ろうとする認知症の人を、この仕事をしていると、少なからず経験することがあります。外が暗くなることで不安を感じたり、あるいは生活習慣からの帰宅願望もあるでしょう。職員があわただしく仕事をする姿が、認知症の人の気持ちを波立たせることもあります。帰宅願望が起きる要因として、何よりも大きい影響と考えられるのは「ここにいる理由や目的がわからない」ことにあります。

また、記憶障害があることで、一旦は納得してもすぐに同じことを繰り返し訴えてくるところに介護の大変さがあります。認知症の人が、自分を受け入れてくれて、必要とされて、安心して、ここに居てもいいと思えるような場所を考えていくことが帰宅願望の介護には必要です。

### 実際の取組例

#### 例1 落ち着いて会話ができる場所を用意する

帰宅願望の訴えがあったときに、大きなスペースで、たくさんの人の中で話をしても、認知症の人の集中力がもちません。また周囲の影響を受けやすい状態にもあります。テレビや周囲の雑音が入らない場所に誘導し、ゆっくりと話を聞くことで、本人もスタッフも落ち着いて対応することができます。

#### 例2 リビングに専用の場所を作る

専用の場所とは、スタッフが「ここに座って」と座らせる場所ではなく、その人が自然と過ごせる環境や雰囲気の場所であることが重要です。日頃から本人の行動をよく観察することで、くつろげる場所を探しておきましょう。本人が「居場所」として認識できる空間があれば、帰宅願望の訴えも少なくなるのが期待できます。



### 3 席の位置を調整する

「見守りのしやすさ」というスタッフからの目線ではなく、「他人の視線を気にせずにゆっくりとくつろぐことができる」認知症の人の目線で、生活環境づくりに取り組んでいく必要があります。例えば、窓から外の景色が見える、柱や家具などで人の視線を遮るなど、気持ちが影響を受けにくい環境を、本人と確認しながら選択していくことが重要な視点だと思います。本人が応えてくれない時は、実際にスタッフが腰を下ろして眺めてみることも一つの方法ではないでしょうか。

#### 実際の実例

##### 例 1

##### リビングの座席を調整する

日本の茶の間と同じように、リビングは人が集い、生活の中心となる場所と考えられます。人それぞれではありますが、テレビを見る、新聞を読むなど静かに過ごすことができる、また利用者同士でソファに座って談話されるなど、リビングではくつろいで、自由に時間が過ごせるような工夫が必要となってきます。また、一か所にとどまらず居場所が選択できることも重要なことです。認知症の人の帰宅願望を呼び起こさないためには、何より本人にとっての「居心地のよさ」が大切な視点ではないでしょうか。

### 4 なじみの物の調整をする

新しい建物で近代的な設備が整っていても、認知症の人にしてみれば穏やかに暮らすことがむずかしく感じるのではないのでしょうか。認知症の人に限らず、その人たちの生きてきた時代、文化があり、そのことを尊重できない環境は決して住み心地の良いものとは思えません。むしろ、過去に戻ろうと帰宅願望は増すばかりではないのでしょうか。

場所の認識や自分がそこにいる意味を、認知症の人は環境から感じ取っていることが少なくないように思います。「なじみがある」「見覚えがある」をキーワードに環境を整えることも重要な視点です。

#### 実際の実例

##### 例 1

##### 自宅での生活空間を再現する

施設の中には、「管理が面倒だから」「他人の物を持って行ってトラブルが絶えないから」といった理由で、私物の持ち込みを禁止したり、制限するところがあります。今までの生活とかけ離れた空間は、自分の居場所をなくします。私物を持ち込むことは、その人らしさを表現することであり、自分の居場所を認識するためのアイテムともなります。

**例 2** なじみのある生活用具をおく

例えば、足踏みミシンや火鉢、ちゃぶ台などを施設内に置くことで、生きてきた時代、懐かしい思い出を呼び起こしてくれることがあります。また、誰かに話したりすることで話題が広がり、その時間を楽しく過ごすことができることがあるかもしれません。施設によっては、ちょっとしたスペースに古い時代のものを展示しているところもあります。

**5** 居室の環境を整える

認知症の人は、生活の継続性が断ち切られることでリロケーションダメージ（環境変化による悪影響）を受けやすい状態にあります。帰宅願望のある人の場合、施設によっては「家」をイメージさせるものを断ち切ろうとする方向で環境を整えるところがありますが、これはいかがなものでしょうか。

むしろ、家族の写真を飾ったり、自宅で使用していた家具を持ち込むなど、それまでの暮らしを思い起こすことができるアイテムがあると、「居室」から「自室」へ認識が変化しやすくなり、そこでの暮らしに意味を見つけやすくなるのではないのでしょうか。

**実際の取組例****例 1** 居室に使用していたものや写真を持ち込む

自宅から施設へと環境の急激な変化（リロケーションダメージ）が、帰宅願望を引き起こす要因の一つです。タンスや椅子などの私物を居室に持ち込むことで、できるだけ自宅に近い環境を再現することにより、環境のリロケーションダメージを軽減することができます。施設によっては、自宅の部屋の写真を撮影して職員間で共有し、居室を自宅の環境に近づけているところもあります。

**例 2** 個人の趣味や嗜好を尊重する

本来、居室には個性がなくてはなりません。私たちがそうであるように、お気に入りの家具、好きな画家の絵、好みの色など、個性が反映される場所として居室環境を整える視点が必要です。どの部屋も同じようなしつらえでデザインされた居室では、その人にとっての「自室」と認識されにくいのではないのでしょうか。

**6** 分かりやすい居住環境をつくる

認知症の人は新しいことを覚えるのが苦手です。一般的にわかりやすいものであっても、初めてのものは使いにくいと考えるのが妥当でしょう。高齢者が生きてきた時代と比べて、現代は便利な世の中になりました。電化製品を見るとわかりやすいですが、自動センサーやリモコンをいたるところで目にします。

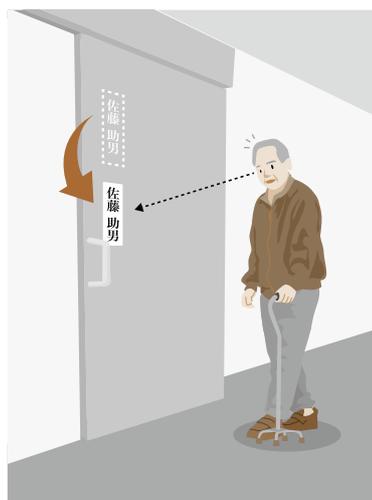
わかりやすい居住環境をつくるにあたって、使い勝手がよい、便利であること以上に、本人にとって何がどうなっているとわかりやすくなるのかを見極めながら、環境の工夫に取り組むことが大切になります。

## 実際の取組例

### 例 1

#### 表札や案内板を掲示する

居室の表札や廊下に飾った絵画、いろいろなサインやシンボルが施設内にはありますが、認知症の人の目に入りやすいように適切な高さになっているでしょうか。高齢者の視線は歩行時に下向き加減になるといわれていますが、そのことの配慮がなされていない施設が少なからずあります。



### 例 2

#### 不安感や混乱を引き起こすものを目立たせない

今まではできていたことが、少しずつできなくなってくるのが認知症です。例えば、廊下にあるナースコールの点滅するランプや、テレビなどの電化製品にある赤いスイッチに反応してしまうこともあります。私たちの目には、当たり前前に映っていることが認知症の人には異常な世界に見えるようです。電源を消してしまえばそれで済むことですが、認知症の人にはそれができずに混乱や不安、恐怖を膨らませてしまいます。電源を消すことができなければ、光る部分をカバーで覆うなどの工夫で問題は解決します。

## 7 光や音などの刺激を調整する

音や声、騒音、光や陰、色や模様など生活環境の刺激にはさまざまなものがあります。認知症の人にとって、強い刺激はストレスになり過敏に反応することがあります。また、逆に刺激が少なすぎると認知症の症状や身体状況が悪化するという現象を引き起こします。五感（視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚）から得る刺激や情報を整理・調整する能力や、理解する機能が徐々に低下することが原因として考えられますが、逆に不快に感じない適度な音や光の刺激を調整することで気持ちを和らげる効果があり、認知症の人が落ち着いて暮らすことに役立ちます。

### 実際 の 取組例

#### 例 1 好きな音楽を流し、ゆっくりと過ごせる環境をつくる

音楽の好みは人それぞれでしょう。童謡・民謡などの音楽に反応する人もいますし、昔の歌謡曲・演歌に反応する人もいます。最近では、ジャズやビートルズに反応する人も見かけます。音楽は気持ちをリラックスさせる効果があると言われていています。認知症の人が「帰らなきゃ！」という気持ちで頭の中がいっぱいの時や興奮状態の時に、好きな音楽に耳を傾けることができる空間や場所・時間があれば、本人が落ち着くきっかけを作ってくれることも期待できます。

#### 例 2 自宅と同じ芳香剤をおく

「におい」には記憶を呼び起こす力が、他の感覚（視覚・聴覚・味覚・触覚）より強いといわれています。アロマ効果は一般的に知られていますが、不愉快なにおいよりも、コーヒーやご飯が炊ける生活のにおいは好ましいものと感じ取られるのではないのでしょうか。例えば、気持ちが落ち着くように、自宅と同じ芳香剤を使用するのをもひとつのアイデアといえるでしょう。

## 8 屋外の環境を整える

帰宅願望の訴えが強い時には、施設内で対応するだけでなく外に出て、気分をリフレッシュすることも大切なことです。外に出ることを無理に制止すれば、「閉じ込められている」といったような被害妄想にもなり、帰宅願望が強くなってしまふことがあります。

また、施設内にとどまらず地域をフィールドとして、認知症の人の生活環境を考えることは、それだけ生活の幅が広がり、一人ひとりのニーズに応えることができる可能性が高まります。

### 実際 の 取組例

#### 例 1 地域の人との交流場面をつくる

帰宅願望を引き起こす要因として、自宅へ帰ることが目的ではなく、見たこともない場所、知らない人たちに囲まれて生活していく不安感があるといわれています。つまり、そこでの役割が見いだせずに帰宅願望という行動につながっているということです。

例えば、近所の保育園で習字を教えることにより、帰宅願望が減少したという事例があります。本人のできることを施設内だけでなく、地域に展開できるような関係づくりをすることも、認知症の人の生活環境を考えていくうえでは重要なポイントです。

## 【参考文献】

- E, C, Blawley 訳 浜崎裕子 (2002) : 痴呆性高齢者のためのインテリアデザイン, 彰国社  
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  
ケアと環境研究会 (2002-2005) : 認知症高齢者への環境支援のための指針 PEAP 日本版3,  
J. Cars & B. Zander 訳 訓覇法律子 (2004) : 痴呆の人とともに [痴呆の自我心理学入門], クリエイツかも  
がわ  
高橋誠一・三浦研・柴崎祐美 (2003) : 個室・ユニットケアで介護が変わる, 中央法規出版  
外山義 (2003) : 自宅でない住宅, 医学書院  
認知症介護研究・研修仙台センター (2010) : 初めての認知症介護 食事・入浴・排泄編 解説集, 認知症介護  
研究・研修仙台センター  
認知症介護研究・研修東京センター (2006) : 第2版新しい認知症介護 実践者編, 中央法規出版  
U, Cohen & G, D, Weisman 訳 浜崎裕子 (1995) : 老人性痴呆ほう症のための環境デザイン, 彰国社

## 2 コミュニケーションの工夫

徘徊には目的があることが多い、というのは一般的な知識となっていますが、なぜ徘徊するのかを理解するには、基礎となる知識や一定以上のコミュニケーション能力などが必要です。その点、帰宅願望は徘徊よりも理解しやすいといえます。

徘徊は様々な原因を広い視野で考える必要がありますが、帰宅願望は既に「帰りたい」という欲求を本人が述べている分、なぜ帰りたいのか？と推測する範囲は徘徊よりも限定されているからです。ただし「帰りたい」という思いは単純に「自宅に帰りたいから」とは限らず、昔住んでいた家だったり、自分が一家の中心であった頃の家族関係も含めた「家」に帰りたいという思いだったり、いろいろな可能性があります。場所としての「家」を求めているのか、自分が必要とされる場所を求めているのか、凝り固まった考えではなく、本人の心情に自分を重ね合わせて考えてみる必要があります。

### 1 会話の内容を工夫する

帰りたいという訴えを表面的に捉えるのではなく、裏にある高齢者の本心を考えることが必要です。帰りたいという言葉の裏には、ここに居たくない、落ち着かない、安心できる場所へ行きたいなどの心理が潜んでいると思われます。つまり、不安や孤独感によって落ち着いていない状態であることが原因と考えられますので、コミュニケーションによって不安や孤独感を緩和することが必要です。まずは、その人の気持ちに合わせて会話の内容を工夫し、本人がここに居たいと思ってもらうような時間を増やすことが必要です。

#### 実際の取組例

##### 1. 目的や理由を確認してみる

帰宅願望には本人なりの理由や目的があります。本人の気持ちを知るためにもそれとなく会話の中で確認してみることも必要です。直接、唐突に「なんで帰りたいんですか」などと聞くのではなく、「どうしましたか、どこに行きますか」など本人の状態に合わせて気分を損ねないように聞いてみてください。ご本人の返答の中から、帰りたい原因がわかるかもしれません。

**例 1** お困りのようですね。どちらに行かれるのですか？

帰宅願望には理由や目的があるはず。まずは率直に本人が何を考えているのかを聞き、それについて解決方法を考えることが重要です。

**例 2** あなたがそうされているぐらいですから、よほどのことかと思えます。よろしければ理由を教えてくださいませんか？

帰宅願望の原因として「誰も自分のことをわかってくれない」「ここには自分のいる場所がない」

と不信感や孤独感を持つ場合があります。「あなたのことを大事に思っている、信頼している」と感情を伝えることで、真意をくみ取れる場合があります。

## 2. 本人の関心のあることや、好きな話題について話をする

### 例 1

〇〇さんは釣りが好きだったんですねえ。海釣りですか、川釣りですか。どんな魚が釣れたんですか。釣りはおもしろいですか。今度教えてください。

事前に家族から本人の昔の趣味や生活習慣を聞いておき、好きなことや熱中したことを話題にして声をかけ、楽しそうに話をしだしたら、色々と質問したり、尊敬しながら話を聞いてみてください。昔得意だったことの話をするのは、とても気持ちのいいものです。

### 例 2

〇〇さんは漁師をしてたんですか。色々な国へ行かれんたんですね。面白かったことはなんですか。

趣味や特技がある高齢者ばかりではありませんので、その場合は、仕事の内容を調べておき、仕事の話について触れてみるも効果的です。特に男性の場合は、仕事に没頭していた方が多いので、仕事の話について色々と話を聞いてみると、とても丁寧に教えてくれることがあります。自分の知っていることを人に教えたり、話をするのはとても元気になります。人に話をきいてもらうだけでここにいてもいいんだなという気持ちになり、落ち着いてくると思います。

## 3. 感謝したり、称賛したり、肯定的な言葉を多用する

帰宅願望の原因として、自信が喪失している場合があります。自分は役に立たない人間だからここにいてはいけないとか、ここには居場所がないとか思ってしまい、帰りたと思うようになります。できるだけ、感謝したり、褒めたり、お礼を言ったりして存在自体を承認することで、自信を取り戻し、ここにいてもいいんだなと思ってもらうことが必要です。

### 例 1

いつもありがとうございます。

### 例 2

〇〇さんがいてくれて助かります。

### 例 3

〇〇さんはとても大切な人ですよ。

今いる場所の居心地が悪いため、帰宅願望につながる場合があります。今いる場所が自分にとって過ごしやすい場所、有用感を感じる場所、必要とされている、と感じさせる関わりが帰宅願望を減らすことにつながる場合があります。

## 4. 今の状況や今後の予定について説明をする

帰りたという理由の1つとして、やることがないとか、ここにいる理由がわからないとか、自分がここにいる理由を理解していないことによる不安定さがあります。この場合は、すぐに忘れるかもしれませんが、丁寧に、何度も、予定や計画を説明して、やることを明確にすることも安心につながります。

**例 1** 家の状況や入居の説明をする。

入居に至った状況や今おかれている環境に納得されていない場合や、理解できていないことがあります。今の状況を説明し、本人の納得を引き出す関わりが必要です。

**例 2** 声かけの際にさりげなく、時間と場所、この後のスケジュールをお伝えする。

何をしたらよいのか、自分はなぜここにいるのかという不安から帰宅願望につながる場合があります。不安を取り除くようにやさしく丁寧に説明することで、帰宅願望が軽減することがあります。

### 5. 得意なことを探して、頼りにするような言葉かけをする

**例 1** ○○さんは、書道の先生だったんですか。今度、皆さんにも書道を教えてくださいね。

認知症になって認知機能が低下すると以前にできていたことが、できない場合が多くなります。少しずつ自信がなくなってきたり塞ぎがちになりますが、以前していたことや特技は、身体が覚えていますのでできるだけ職員が頼ってみるといいかもしれません。会話の中でも教えてもらう機会を多くし、ご本人のプライドや自信を回復することが必要です。

## 2 会話の方法を工夫する

帰りたいという本人の気持ちを考え、その時の不安やあせり、孤独感を理解するためにご本人のペースに合わせてゆっくり、わかりやすく会話をします。

### 実際の取組例

1. 否定せず、説明せず、本人の話を共感しながらうなずいて聞く

**例 1** 本人の訴えを穏やかに傾聴し、本人が訴えたいことをじっくりと話してもらう。

2. 本人が話したいときにゆっくりとペースを合わせて会話をする

3. 本人が分かりやすい言葉を使う

4. できるだけ短い文で話をする

## 例 1

そっと隣に座り、本人が気づくまで待ち、話したいタイミングでペースを合わせて対応する。

話したいとき、話したくない時、理解できる話し方とできない話し方、何を言っても耳に入らない時などがあります。自分のタイミングではなく相手が今どの状況かを考えて接することが必要です。

### 3 会話をする状況を考える

帰りたいと訴えている高齢者は、心理的にもとても不安定で、他者に対しても信頼がおけない状況にあります。できるだけ、信頼関係ができていて職員と2人きりになれるような場所で会話をしたり、あるいは、突然に声をかけるのではなく、トイレに行く時に声をかけたり、食後に席から立ち上がる時にちょっと声をかけたりと、本人の行動に応じてタイミング良く会話をしてみましょう。

#### 実際の取組例

#### 1. できるだけ静かな場所で、周囲の雑音が無いように、一人の時にマンツーマンで話をする

他の高齢者がみんな集まって賑やかに話しているところが苦手な時があるかもしれません。職員と2人だけで話ができる場所へ移動して静かに話をする必要もあります。

#### 2. タイミング（行動パターン）に応じた声かけ・付き添いをする

入浴をしようとしているとき、食事の準備をしているとき、ちょっと外を見て休んでいるときなど、高齢者の様子に合わせて会話をしたり、良い雰囲気に応じて会話を始めてください。いつでも、こちらの都合で話をし始めてしまうと、高齢者が疲れてしまうかもしれません。

## 例 1

行動を把握し、事前に声かけをする。

### 4 コミュニケーションの量を調整する

帰りたいという訴えは、私にかまってほしいという心理の表れかもしれません。また、孤独感による甘えかもしれません。孤独や寂しさを緩和するために、できるだけ多くの時間をかけて会話をしたり、触れ合うことは必要です。しかし、逆に、職員側の都合だけで、高齢者の疲労度や、気分を無視して、ただ会話量を増やしてしまうと逆効果です。余計に混乱してしまいます。コミュニケーションや会話の頻度や時間は、高齢者の状態に応じて、適宜、調整することが必要です。

### 実際の取組例

#### 1. 声掛けや会話を増やしてみる

例 1 職員が関わる時間を増やしてみる。

#### 2. 付き添ったり、見守ったりする時間を増やしてみる

例 1 一緒にいる時間を増やしてみる。

不安を感じているときは、コミュニケーションの量を増やし、不安を取り除きます。近くにいることで、かえって落ち着かなくなるとき（人）は、つかず離れずの距離を保ち、見守ることが必要です。

## 5 非言語的な方法を多用する

ただ会話をするだけでなく、そばにいたり、スキンシップをとったりなど、言葉以外の方法でかわりを持つことも必要です。認知症も重症になってくると言葉の理解力が低下してきます。言葉を理解することが難しくなってくると、会話自体がうまくいかず、ストレスになってきます。難しい言葉や、長い文章の会話をするのは控えて、言葉以外の交流を多用するようにしましょう。認知症の場合は、感覚が鋭敏になっているとも言われており、感情も豊かですから、言葉によらない、アイコンタクトや表情による交流や、スキンシップなどが、心理的な安定や、信頼関係を作る上で有効な場合があります。

### 実際の取組例

#### 1. 無理に会話をせず、そばにいて一緒に見守る

会話を無理やりせずに、一緒に時間を、隣にいて黙って過ごすことも必要です。同じ場所で、同じ時間を体験することだけで信頼関係はできるものです。

#### 2. 手に触れるなどスキンシップを行う

例 1 言葉がうまく聞き取れないので、手を握り、安心感を与えるように心がける。

信頼関係ができていれば、手を握ったり、肩に手を置いたり、背中をさすったりすることは、身体感覚にうったえかけ、暖かさやぬくもりが伝わることで精神的に安定した状態を作ります。言葉では伝えきれないことも触れることでなら伝えられることがありますから、あまり多用はせずに、高齢者との関係性を考慮しながら行ってください。

### 3. アイコンタクトや身振りなど、言葉以外の方法を行う

#### 例 1

目が合ったときはアイコンタクトをとってうなずいてみる。

むやみにアイコンタクトすることは、逆に不安を煽る可能性もありますから、相手の反応を確認する必要があります。そのうえで「私はいつも気にかけています。」「あなたを理解しています。」という思いを伝えたいときには有効な手段です。



### 3 活動の支援

帰宅願望のある方への支援は多くの施設・事業所で苦勞されている事象の一つだと思います。本人にとって長い年月、家族と過ごした自分の家はとても大切な場所です。一番安心できる場所といってもよいかもしれません。施設や事業所に入所や入居された認知症の人が「自宅へ帰りたい」と考えるのはごく「普通のこと」です。まずこうした理解が大前提になります。むしろ「帰宅願望」が出るのは「当たり前」と考えたほうが良いのです。そう考えないと「帰宅願望のある人」とラベリングをしてしまい、思考停止に陥ります。認知症のある人は「帰りたい」と訴えた時に相手が「どのような感情」なのかを敏感に察知します。その時に職員が「またか」というネガティブな感情を持つか、反対にポジティブに「帰りたいんだな」という感情を持つかによって認知症の人の受け止める感情は変化します。

#### 1 生活の中での活動を支援する

「帰宅願望」はその多くが午後から夕方にかけて多く発生します。また一方で朝から時間帯に関係なくという人もおられます。一日の生活の中でまず夕方に多く発生する人の場合、一般的にいくつかの理由が考えられます。①夕方になって疲れてきている ②日が暮れ始め暗くなることへの不安感が出てくる ③過去の記憶を重ね合わせ夕食や風呂の準備が気がかりになる等々です。これらへの対応は「夕方暗くなる前にカーテンなどを閉め室内の明かりを明るめにする」「午後の早い時間に30分程度のお昼寝を習慣づける」「出来る範囲で夕食などのお手伝いをさせていただく」などの対応が考えられます。また時間帯に関係なく「帰宅願望」がある人の場合は、まずは「ゆっくりと本人の訴えに耳を傾け、話をきちんと聞く」ことから始め、本人の認知症の状態に合わせて理解できるように「今」の状況をお伝えする、それでも落ち着かない場合は散歩やドライブなどに出かけ、気分転換を図るなどの方法も考えられます。



#### 実際の取組例

##### 1. 馴染みのある日課の継続

本人が何十年も慣れ親しんだ洗濯物の片づけや食器洗い、食器ふきなど馴染みのある生活行為を役割としていただくと落ち着く場合もあります。またある利用者さんはよくドライブに出かけました。この方は海岸沿いの町で生まれ育ったので海を見るのが大好きな方でした。帰宅願望が強い時でもドライブに出かけ海を見ると少し安心しておられました。多い時には1日に2度3度と出かけていました。これは外出するというよりもこの方の場合生活の中の「馴染みの風景」のようなものでした。

## 2. 教える役割を担っていただく

本人が長年培ってきた様々な日常生活での事柄を、傍に寄り添いながらいろいろと教えていただくと本人の自信にも繋がり、また他の利用者の方々にも職員を介して伝えていただくとより効果的な場合もあります。ただ注意することは「寄り添う」とは単に「声をかける」ということではなく、きちんと「会話する」あるいは「コミュニケーションを図る」ということです。「声かけ」は多くの場合一方通行のコミュニケーションになりやすいので、きちんとした「応答」を含んだ「双方向」のコミュニケーションが重要です。

## 2 趣味活動を支援する

帰宅願望が強く出ているときは、他のことがほとんど耳に入らないことが多くみられます。従って趣味活動などにお誘いする場合は帰宅願望が出ていないときが基本となります。帰宅願望が出ていないときは趣味活動などにも意欲的に参加できる人も多く楽しめる場合も多いものです。但し注意すべき点は、「熱中しすぎて」疲れさせてしまったりはいけないということです。それでは却って帰宅願望を引き起こしてしまう場合も出てきます。

### 実際の取組例

#### 1. 好きな活動を支援する

体操や書道あるいは生け花など本人の好きな活動をしていただくことは帰宅願望のある人には役立ちます。ある女性利用者さんは帰宅願望が出ていないときは料理好きな方でした。職員と一緒にキッチンに立って野菜を切ったりコロッケを揚げたり、とても楽しそうに時間を過ごしていました。そうした時の表情はとても柔和なお顔をされていました。

#### 2. 自宅へ行っていった活動を支援する

自宅でお弁当を作るのを趣味にしていたある利用者さんは、夕方になると帰宅願望が強くなる方でした。この方の場合ご主人の「お弁当」を作りましょうとお誘いするとキッチンに立って職員と一緒に料理されていました。多くの場合、作っている途中で「ご主人のお弁当」ということを忘れてしまわれますが、覚えておられる時には「お弁当」をご主人の家まで持って行ってお渡しすることもありました。その時には何故か「帰宅願望」はありませんでした。ご本人はご主人に「ちゃんと食べてね」と言われ、「私は帰るからね」と言われホームに戻ってこられます。

## 3 外出活動を支援する

帰宅願望が強い利用者さんに対応する職員は、本人を外出に連れ出すことを躊躇する場合があります。しかし実際には外出先で帰宅願望が引き起こされることは極めて珍しく、むしろ外出を抑制するほうが施設内での帰宅願望が頻発すると思ったほうが良いと思います。帰宅願望の多い利用者さんは比較的 ADL が良い方が多いので外出活動は積極的に実施するほうが良いものです。内容は本人の要望や希望が叶えられるような取り組みが重要です。例えば「おやつを買いたい」とか「外

食をしたい」など、また「友人宅を訪問したい」や「カラオケを歌いに行きたい」などです。

### 実際を取組例

#### 1. 外出してのレクリエーションを支援する

ある利用者の方は月に2回ほど仲の良い利用者の方と一緒に「カラオケ外出」をされていました。カラオケボックスでは十八番の歌を何曲も歌い、ジュースやコーヒーを飲んでとても楽しそうに過ごされ帰ってきます。後で分かったことですが外出をされた日はほとんど帰宅願望は出ていませんでした。また別のある女性の利用者さんは時々ハンバーガーショップやファミリーレストランに出かけ、ポテトを食べたりチョコレートパフェを食べて外出を楽しまれています。この方は必ず外出すると帰る前に「ホームで待っている人にお土産を買って帰らないと」と言われドーナツやケーキを人数分買われます。

#### 2. 買い物と一緒に出掛ける

「買い物に外出する」と帰宅願望が消失する方がおられました。「家に帰る前に食べ物を買に行きましょう」とお誘いすると一緒に買い物に行ってください、ホームの食材などを買っているうちに帰宅願望がなくなる方もおられました。

#### 3. 自宅への外出を支援する

帰宅願望が時間帯関係なく非常に強いある女性の利用者さんの場合、多くの場合は上述の「お話をきちんと聞き」「説明をする」で収まりましたが、それでも無理な場合があります。その場合は、本人を伴ってご自宅へ行き「今はだれも住んでいない」ことを自分で確認していただき、また「一人では生活が難しい」ことなどを合わせてお伝えすると「ある程度納得」されて施設に帰ってこられました。こうしたことを日常生活の中に折り込みながら生活を安定させる方法もあります。

## 4 リハビリや運動、療法を実施する

帰宅願望のある人の場合、大事なことはそのタイミングを上手く掴むことです。帰宅願望が出ている正にその時はほとんど聞き入れてもらえません。リハビリや運動は上述の外出や趣味活動に絡めて実施することが肝要です。療法的には「RO（リアリティオリエンテーション）」などがあり現実認識を高めるのに効果的です。また変わったものには「光療法」があり、これは室内の照明を通常の照度より25%から30%程明るめにし、刺激を与える方法です。一部の人には効果があるといわれています。

### 実際を取組例

#### 1. 集団でのレクリエーションを実施する

回想法などをはじめとして集団やグループで各種療法を実施することは効果が得られる場合もあります。他の利用者や職員と一緒に同じことをすることは、仲間意識を高めることにも効果がありま

す。グループでの実践で自分の周りにはいる人々の認識を高めたり、協調性を維持することにも効果が期待されます。ある利用者さんの場合、職員とともにすぐ近所の「公園のゴミ拾い」を日課にしている方がおられ、運動を兼ねて毎日のように公園に出かけておられました。公園でゴミ拾いをしていると近所の方などが声をかけてくださり、そうした職員以外の人とのかかわりの中で本人の中に何らかの変化が生まれるのか、その後は帰宅願望は少なくなっていました。これは「お役立ち療法」かもしれません。



## 4 身体面へのケア

自分の身に置き換えて考えてみましょう。家に帰りたくなるのはどんな時なのか。くつろぎたい、癒されたい、落ち着きたいなどの感情を伴い、なじみのない場所や孤独感などから帰りたいたいという行動になっていくと思われま

す。家に帰りたいたいという高齢者に「どこの家に帰るの?」「家でだれが待っているの」と聞くと、「母さんと父さんが待っている」と言われたことがあります。

不安と混乱から子供のころの家に帰りたくなり、お父さんお母さんと暮らしたあの頃に戻りたいという思いなのでしょう。もしかすると高齢になると不安や混乱がなくとも、家族に慈しまれ育ったあの頃の事は、はっきりと思い出されその思い出に浸っていることだけでもうれしいのかもしれませんが。ですがお父さんもお母さんもうに亡くなっているでしょう。「自分の年齢は分っていますか」などというような言葉かけをして現実の世界に引き戻そうと考えることは、その人の尊厳を損ねることになります。本人の世界に寄り添いながらお母さんやお父さんの思い出話ができるようにかかわっていきたいものです。そういった意味でも、はるか昔に亡くなったお父さんやお母さんでも、どんな仕事をしてどんな環境で暮らしたかなどの情報を持っていると、本人の世界に近づくポイントになるでしょう。



## 1 医療的な支援を行う

体調不良の時も家に帰りたくなります。頭痛がして少し休みたいとか、家で飲んでいた常備薬を飲みたいと思ふかもしれません。また、どうも落ち着かず、いらいらするとか、頭がボーッとして、体がだるい感じがするなど、認知症の人の体調は健常者の私たちに計り知れないものがあります。

特に服用している薬剤に関しては、私たちが服用したことのない薬剤を飲んでいきます。それらの薬剤には、作用と副作用があることから、医師との連携はととても大切になります。

### 実際の取組例

#### 例1 最小限の薬剤にしていく

薬剤は必要最小限度という考えを持ち、BPSD に対して薬剤を使用するのは最後の手段と考えていきたいものです。レビー小体型認知症の人の幻視や幻聴に対しても、病気に対する不安や寂しさなどゆっくり耳を傾けていくと、幻視や幻聴はなくなりますが、病気ならば致し方ないと受け入れることができることもあります。

## 例 2

## 体調のチェック

食事・排泄・睡眠のリズムが整っているか、顔色・眼力・姿勢などは変わらないだろうか、バイタル（熱・血圧・脈拍）は正常なのか、といろいろ日常の中で本人の様子を観察します。

## 2 食事や水分の摂取を支援する

家に帰りたいたいといっている人に、「お茶を飲んでいきましょう」とか「ご飯の用意をしているから食べて行ってください」など、いろいろなことを言って引き留めようとしませんが、引き留めようとすればするほど帰りたいたい願望は大きくなります。「どこの家に帰るのですか」「家でだれが待っていてくれるのですか」「帰って何をしますのですか」など、本人の心の様子を知るための会話をしてみるとよいと思います。

グループホームなどでは夕方職員が忙しそうに夕食の支度を始めるのを見て、「私も家に帰ってごはん支度をしなければ!」と思うようで、夕食の時間頃には落ち着かないお年寄りがあるとスタッフがそばに座って、お話をする時間を作るようにしました。また、少し不安になってきそうな方を見つけると、それとなく飴を渡す、一緒にお茶を飲むなど、ふっと気分が変わるようなかわりが必要となります。

### 実際の取組例

## 例 1

## 空腹ではないかという確認

ごはんは何時にどれくらい食べたのかという確認をこころ掛けたいものです。もし確認できない場合は、飴を口に入れるのもよいでしょう。

## 例 2

## 満足できるおいしい食事の提供

3度の食事がおいしく満足できることは、落ち着いた生活の大きな要素と考えます。おいしいものを食べることが嫌いな人はいません。楽しみになる食事を考えたいものです。

## 例 3

## こまめにお茶やジュースなど、休憩や団樂の時に勤めてみる

高齢者は、身体の基礎代謝量が減少し、生成される水分が減少し、細胞内の水分も少なくなって、筋肉や皮下組織の水分量が減少してしまいます。また、のどの渴きを感じにくくなるため、水分を取りにくくなり、脱水状態になりやすくなります。

一般的に一日 1500ml を目安に、1 回 200ml ずつ何回かに分けて冷たすぎない温度の水分をこまめに摂ってもらうことが必要です。必ず水分摂取の量を記録して、自分で水分を摂りにくい高齢者の場合は、食事時、休憩時、おやつ時などに水分を勧めましょう。

### 3 排泄を支援する

帰宅願望と排泄支援は直接大きく関係するとは思いませんが、排泄のリズムが整っていない場合は、ゆっくり落ち着くことができず、帰宅願望につながることもあります。

排泄リズムを整えるためにはまず、おいしいものを食べなければ出るものがない状態になります。食事の摂取量が減り、柔らかいものしか食べられないということで食物繊維が多く摂れない場合などは、調理の工夫として、常食として作ったものを小分けにして圧力鍋で煮込みます。すると、ゴボウもスプーンでつぶれる柔らかさになります。

肉じゃがのお肉も圧力をかけると、スプーンの裏で押しつぶすことができ、重度の方でも食べられるようになります。ひと手間かけて、たくさん食べることができる支援をしましょう。たくさん食べると排便がスムーズになります。

排尿のリズムは、なるべく多くの水分と、時間でトイレにさりげない誘導をするなど、リズムを整えることが大切と考えます。

#### 実際の取組例

##### 例1 排泄リズムは整っているか確認する（チェックする）

排泄リズムが整わず、腹痛があったりすると、家に帰らなければと思うこともあるように思います。

##### 例2 トイレに行きたいのか確認する（チェックする）

トイレに行きたいときと自分の家のトイレを探すこともあり、家に帰りたいと行動することもあります。

### 4 睡眠の調整を支援する

お昼寝から起きたときなど、ここはどこなのかわからないで混乱に入っていくことがあります。見当識に障害がみられる場合、個室でお昼寝をしたなら、起きる時間を見計らって訪室し、混乱に陥らないようにしたいものです。

お昼寝から目が覚めて、ここがどこなのかわからず混乱し、見渡すと自分の名前を書いたタオルや洋服がある。なぜここにこんなものまで持ってきて…とタオルに荷物を包み、出口を探して、家に帰りたいと大騒ぎになった人がいました。

認知症が進行すると休息に時間も必要になることから、居室でお昼寝をするようになりますが、細かな配慮が求められます。



### 実際の実例

#### 例1 睡眠の時間をチェックする

睡眠時間をチェックする場合24時間表の中に、眠っていた時間をマーカーで記入すると、1日どのくらいの時間眠っていたかを知ることができます。

#### 例2 その前後どのようなかわりが必要かを話し合う

認知症が進行するとき、目が覚めて「ここはどこなのか、どうしてここに居るのか」見当がつかない場合があります。睡眠から目覚めたときに、どのような支援が必要なのかを考えましょう。

## 5 入浴の支援をする

入浴を勧めると家で入るからとか、今日入ったなどということがよくありますが、声掛けのタイミングについて考えてみましょう。

人前でお風呂に行きましょうと声をかけられると、素直な気持ちになれず嫌な気持ちになってしまいます。入浴を誘う前にトイレに行って排尿を済ませ、そのタイミングで「お風呂に入りますか。気持ちいいですよ」などと誘導できると、案外スムーズになります。

帰宅願望があるとき、多くはそこでの生活に不満があるように思います。一つ一つ丁寧にその人の気持ちになって生活支援を考えましょう。

### 実際の実例

#### 例1 気持ちが落ち着かない時は無理に誘わない

入浴は落ち着かない時ときにはできないものです。ゆっくり眠って気分の良い午前中に入浴するとよい場合もあります。

#### 例2 コミュニケーションが取れている人がかかわる

コミュニケーションが取れていない人が入浴を誘っても、拒否されることが多く、無理強いすると、関係がどんどん悪化します。できない場合は何が違うのかを考えましょう。

#### 例3 目立たないタイミングを考える

入浴を進めるにはタイミングを考えるとよいでしょう。多くの人が動き出すときに、一緒に立ち上がっていただき、ほかの人は外に行くがその方は入浴するというような誘導が大切になります。

## 例 4

人前で入浴などという言葉は出さない

入浴の介助をしていただく本人のプライドを考えると、人前で、「お風呂に入りましょう」はうれしく思っていないように感じます。「ちょっと行きましょうか」と誘いトイレの前で、「お先にどうぞ」と排泄を済ませ、浴室に行くようにするとありがたいと思えるようです。

## 6 視覚や聴覚などを支援する

レビー小体型認知症の場合、家族や家にまつわる幻視や幻聴があると、どうしても家に帰ると言っ出ていこうとします。そんなときには、高齢であっても力が強く日常的には歩行がおぼつかなくとも走り出すことができるほど、しっかりした行動をとることがあります。現実とかなりかけ離れた行動をとる場合は、言語でのかかわりを控え、距離を置いて見守るという支援でありたいものです。明らかに幻視や幻聴により混乱している場合は医師に報告して、適切な治療を行うことで症状が治まってきます。

## 7 体重の管理をする

認知症が軽度中度のころは食が進み、どんどん食べる時期があります。医療的には急激な体重増は良くないと指摘されます。しかし認知症の人の場合、重度になって、BPSDが出てきたり、食べ方が分からなくなったりしていくことから、体重が激減していきます。そういったことを考えると、多少増加があってもいいのかなと感じています。また、おいしく喜んで食べていただける時を体験することで、食べられなくなった時にしっかりその人の嗜好・癖などを理解して支援できると思います。

## 実際の取組例

## 例 1

体重増加傾向にあっても、体重感知に視点を置くより、おいしく食べることに視点を置きたいものです。

## 5 他者との関係支援

### 1 他者との関係を調整する

認知症高齢者はなぜ自分がここにいるのか理解できないことから、家に帰らなければ・・・という強い焦りが生じることがあります。それにはきっかけとして居心地が悪い、家族に対する心配事や気がかりを抱えている、お金を持っていないからお世話になれない等、何らかの思いがあります。特に夕方は夕食準備のための周囲の慌ただしさや職員の退勤などの雰囲気から、この思いをより強く引き起こしてしまうことがあります。



職員がバタバタと業務に動き廻りご利用者に気がいなくなってしまうと、ご利用者の居心地の悪さを増すことになりかねません。また、他のご利用者に面会があったこと等をきっかけに思いが募ってくることもあります。チームで連携を取りご利用者を孤独にさせないように努めましょう。

また、ご本人がなぜ帰ろうとしているのか、その思いが現実の状況と違っていても、ご本人にとっては現実の痛みとなっていることを理解ししっかりと受け止め、その心配や気がかりが軽減できるよう寄り添いながら支援しましょう。

落ち着けなくなる要因として他の高齢者の行動・言動が考えられる場合は、居場所を見直すことが必要です。コミュニケーションが促進される仲間との関係を支援し、高齢者同士が支えあいやすらぐ存在になれるよう、なじみの環境を創っていきましょう。

また、施設でのケアは閉塞的になりがちのため、ご利用者のストレスを招いてしまいます。これまでの生活と同じように地域との繋がりを持ち、外出や帰宅などが柔軟に支援できるよう努め、ご本人が地域の一員としてこれまでの人間関係が途切れないよう支援しましょう。

#### 実際の取組例

##### 1. 他の入居者との関係

なじみの関係がないと急にさみしさが募ったり、落ち着けなくなったりします。また、他の入居者への面会をきっかけにこのような気持ちがつよくなったり、トラブルをきっかけに居場所を失ってしまったために帰りたい思いが湧いてくるといったことがあります。そんな時は、次のような工夫を試してみましょう。

##### 例 1

##### 他の高齢者への支援依頼

他の入居者（なじみとなっている人、コミュニケーションが図れる人、住んでいた地域が同じだっ

た人、趣味が共通する人、気遣いのできる人等)の同意をもらって近くに席を用意し(飲み物も用意するとよい)、会話が促進できるよう仲介し、さみしさが軽減できるよう支援しましょう。

#### 例2 仲の悪い人と離す

トラブルになってしまう入居者とは席を離したり、お互いが視界に入らないようリビング内の居場所を調整しましょう。

一か所のテーブルを囲むだけの席ではなく、ソファやコーナーなどを利用して、数か所の居場所を用意しておきましょう。

また、散歩をするなどしてその場をいったん離れてみましょう。

#### 例3 仲の良い人と過ごす支援

なじみの関係にある人と落ち着いて過ごす場所をつくり、お互いを気遣い合ったり、共感したり気分が明るくなれるような会話の促進を援助しましょう。なじみの関係にある人と過ごすことで不安や心配事が軽減できるように支援しましょう。

#### 例4 他の高齢者との交流促進

他の入居者と人的交流を広げることで孤独感を解消し、居場所としての安心感を得ることが出来ます。一緒に歌を歌ったり、一緒に家事をしたり、一緒に料理をしたり、一緒に散歩やレクリエーション等ができるように支援し、ストレスの解消と満足感、一人ではないという安心感が得られるようにしましょう。

## 2. 異性関係

安心感を覚えたり癒されたりする異性の存在は、さみしさを和らげてくれることがあります。そのようななじみの異性がいる時は、気遣いや言葉かけを依頼してみましょう。

## 3. スタッフとの関係

スタッフの慌ただしい動きや騒々しさ、帰り支度から、そわそわした気持ちを招き、自分も帰らなくてはという思いにさせてしまうことがあります。入居者の生活する環境の中では、ゆったりとした雰囲気をスタッフが壊さないよう、ゆっくりと落ち着いた言動を徹底しましょう。

帰りたい気持ちが強い時には、しっかりと気持ちを聞き取り、気持ちが落ち着けるまで寄り添うようにしましょう。

スタッフの連携を図り、気持ちのケアを優先したチームケアを実践しましょう。

## 4. 以前の間人関係

施設の中だけの人間関係ではなく、以前から関わりのあるなじみの人との関係を繋ぐことで心配事や孤独感を解消し、安心できるように支援しましょう。

## 例 1

## 近隣、知人との交流支援

出身地域の催しへの参加や、一時帰宅などを通して交流を繋げるとともに、施設に知人や近隣の住民を招くなどにより身近な話題を提供してもらいながら心配や不安、さみしさが軽減できるようにしましょう。

## 2 家族との関係を支援する

認知症によって現在の状況が理解できず、自分がなぜここにいるのか、なぜ家に帰れないのか等様々な葛藤や不安、孤独を感じておられます。さらに長い人生の中で積み上げてきた家族に対する思いは今もなお継続しています。親としての思いや心配、子や兄弟としての思いなどが今もしっかりと存在しています。

その思いが現実の状況と違っていても、ご本人にとっては現実の痛みとなっていることを理解し、しっかりと受け止めその心配や気がかりが軽減できるよう寄り添いながら支援しましょう。

日頃から帰宅や家族との外出など、ご本人にとって大切な存在である家族との繋がりを持ち孤独感が軽減されるよう支援しましょう。

また、ご家族とのコミュニケーションを密にし、さみしさをケアする場面では協力が得られるように信頼関係を構築しておきましょう。

ご家族の話やご本人の生活史の中での話題を一緒に語れるようにし、周囲や職員への信頼が得られるよう努めましょう。



### 実際の取組例

#### 1. 家族との関係（家族の状況）

家族からの聞き取りを行い、家族の状況とその関係性やエピソードを聞き、どのような思いや心配事、不安等を抱えておられるのか、誰に強い思いを抱いておられるのかなどを知っておきましょう。

## 例 1

## 家族との連絡調整（手紙）

不安な生活の中で、夫や妻、子供などの家族と会うことは、不安を解消する良い方法です。しかし、家族と会うことで寂しが増したり、逆に混乱する場合も多いようです。その場合は、直接会うことは控えて、職員が仲介しながら、家族への思いや今の心情を手紙に書いてもらい家族に手渡したり、家族にご本人への手紙を書いてもらい本人に渡したりと、手紙などによって家族とのつな

がりを感じてもらうことも有効です。

**例 2****家族（お墓・位牌等）との接触機会調整（面会、訪問、電話等）**

家族の存在は心の支えです。いつもそばに感じられるよう室内に位牌を持ち込めるようにしたり、毎日の習慣であればお茶やお水をお供えして手を合わせる時間を絶たないようにしましょう。

さらに、お彼岸やお盆などの時季にはお墓参りや帰宅して仏壇に向かえるようにし、心の安定を図りましょう。

さみしさが募らないように日頃から家族との繋がりを感じられるよう、面会や帰宅、外出など家族との時間が持てるように支援しましょう。

また、急にさみしさが増し帰りたい思いが募った時は、訪問を依頼したり、帰宅したり電話をかけたりすることによって直接顔を見たり声を聞けるように柔軟に支援しましょう。

## 6 ケア体制の調整

チームケアは、認知症の人中心のサービスを提供するために不可欠です。自分の意思をはっきりと伝えることのできない認知症の人の立場に立って、ものごとを考え、その代弁者としての機能を果たさなければ、チームが存在する意义がありません。



また、認知症の人は自らの意思で適切な行動をとることが困難なので、認知症の人の多様なニーズに対応して、帰宅願望などの解決が図られるよう、スタッフ一人ひとりが常に責任を持って行動することが求められます。帰宅願望などがあらわれたら放置せず、他のスタッフに何らかの形で伝え、引き継いでいくケア体制の調整が不可欠です。

認知症の人のニーズが継続して満たされることで、それまで提供してきたチームケアが活かされることにもなります。継続したサービスを提供する役割と責任をスタッフみんながチームとして負っていることを忘れないようにしましょう。

### 1 チームでのケア方法を統一する

帰宅願望の場合には、まずその症状がいつ頃から始まり、どのように経過してきているのかを把握する必要があります。また、どのような時間帯、あるいは状況で起こっているかも把握することが必要です。時間的關係から、たとえば、①新たに生じた身体疾患や以前からの疾患が悪化していないか、②服用している薬剤の内容が変更されていないか、③本人を取り巻く環境や状況の変化がなかったか、④人間関係に変化がなかったか、⑤記憶障害や見当識障害、実行機能障害などが関連していないか、⑥他の精神症状から引き起こされていないか、などの点についてケア方法を統一してかかわることが大切です。

帰宅願望と関連している可能性のある要因を複数拾い上げ、それらの要因の中で、対応できるものからアプローチすることで、それらの要因の一部を取り除くことができると、症状が改善する可能性は十分にあるでしょう。

ケアプランは、職員のケアの統一を図るためのツールでもあります。たとえば、立派なケアプランが作成されているので、職員にそのケアプランに記載されている具体的なケア方法などをたずねても、理解していない、解釈に違いがある、といった傾向がみられる場合があります。これではケアプランに基づいたケアが提供されていないだけでなく、職員によってバラバラなケアが提供されていることとなります。

せっかくカンファレンスなどによって個々の利用者に適したケアの内容が検討され、具体的な方法や留意事項が作成されても、このように職員がバラバラなケアを提供していたのでは、認知症の利用者に不安や混乱を与え、場合によっては怒りの誘因となり、結果として徘徊や興奮・暴力などのBPSDを引き起こして、その対応に職員が追われるという悪循環になります。「チームでケア方

法を統一する」ためには順を追って実践する必要があります。

### ケア方法を統一するための具体的な方法事例

#### 1. 統一するための実践方法の工夫

- 出勤時には必ず一度ケアプランに目を通して（確認して）から業務につくようにすることで、ケアを統一することにつながります。
- ケアプランは、見たいと思ったときにいつでも確認（見る）ことができるように、担当者が個人ファイルに綴ってリビングの棚やパソコンテーブルの横に保管し、記録もリビングなどで行い、他の記録物と合わせて確認しやすいようにすることで情報を共有しやすくなります。
- ケアプランから入浴に関する内容については、更に個々の対応がわかりやすい入浴手順書を作成し、ケアを提供する前にさっと目を通してからケアできるように脱衣室に置くことで、統一したケアができるようになります。
- ケアプランに変更があった場合には、職員用の申し送りボードにケアプランを確認してからケアにあたることを明示することで変更後も情報の共有がスムーズにできるようになります。

#### 2. 統一できているかどうかを確認する工夫

- 毎月1～2回の会議などで、情報が共有されているかどうか、リーダー（主任など）がケアプランの内容を職員に質問することで意識も高まり、理解と共有が図られるようになります。
- プランの内容に変更が加えられたときには、変更後2～3日の間に利用者を担当者している職員（担当者が休みの場合はその日の責任者など）が、他の職員に理解されているかどうか、質問形式で確認し、理解されていない場合には、覚えるまで再確認を続けることで、統一が徹底できます。
- 変更点を周知した後は、主任が実際に職員の動きを見たり、経過記録の内容をチェックして、変更情報が徹底されているかどうかを確認しましょう。
- 日々の記録時に、ケアプランを横に置きながら、プランとのズレが生じていないかを確認することで、プランと実践、記録の連動が図られるようになります。

## 2 関わるスタッフを調整する

認知症の人は、それぞれの障害による不安や混乱を抱えながらも何とか周囲に適応しようとしています。“今がいつなのかわからない”、“ここがどこなのかわからない”といった時間の見当識障害が原因で毎日不安を抱えていたり、“少し前のことも覚えていられない”などの記憶障害が原因で、遠い過去の記憶と現在を混同してしまうことがあります。不安な気持ちを抱えている上に、自分の役割がなく、生活に意欲が持てない、周りに信頼できる人が居ない寂しさ、空腹や体調不良といった身体の内側の異変、“騒がし過ぎて落ち着かない”といった環境の異変など、様々な要因が不快な感情を引き起こし、“安心できる場所へ逃れたい”という気持ちが、帰宅願望となって表れるのかもしれない。これらの障害があっても、誰もが家に帰りたがるわけではないので、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、スタッフのかかわり方の統一を図ることが大切です。

## 実際の取組例

### 例 1

#### 担当職員を少人数にする

- 夕方になると「家に帰る」と訴え、施設の廊下を歩かれるような利用者の場合、バラバラのケアが利用者に混乱や不安を与えていると考えられるため、担当職員を少人数にしてかかわりを多く持つようにしましょう。
- 対応する職員数が少なくすることで、利用者の情報について、伝達や共有が素早くでき、対応もスムーズになります。
- 職員数が多いため「ここには知らない人ばかりいる」と言うような利用者の場合は、担当職員の人数を少なくすることで、「この人見たことある人」に変化し、精神的に安定できるようになります。
- 家族へ連絡する職員を限定または少人数にすることで、日々の変化についての報告に一貫性を持たせることができ、家族の協力も得られやすくなります。
- 普段から、職員の買い物に利用者を誘い、施設以外で過ごす時間を多くとることでストレスがたまらないように配慮することで、いつでも外に出られる（いつでも帰ることが出来る）という安心を感じてもらうことができます。

### 例 2

#### 異性の職員に変えてみる

- 「晩ご飯を作りに帰らないと」と帰宅を訴えるような女性利用者の場合、「ご飯作るのが苦手なので手伝ってくれませんか?」とお願いしてみましょう。
- 帰宅を訴えるとき、関わる同性だと語気が荒くなって感情的になる場面がみられることもありますが、異性が関わりと落ち着くこともあります。
- 若い異性が関わることで、息子や娘、お孫さんを連想するのか、訴えが減ることが多いようです。
- 「息子の所に行く約束をしているから家に帰ります」と興奮気味に歩いている女性の利用者では、女性職員が話し掛けても無視されることがありますが、若い男性職員が声をかけると直ぐに笑顔になり落ち着くこともあるようです。



### 例 3

#### 関わる職員を他の職員に変えてみる

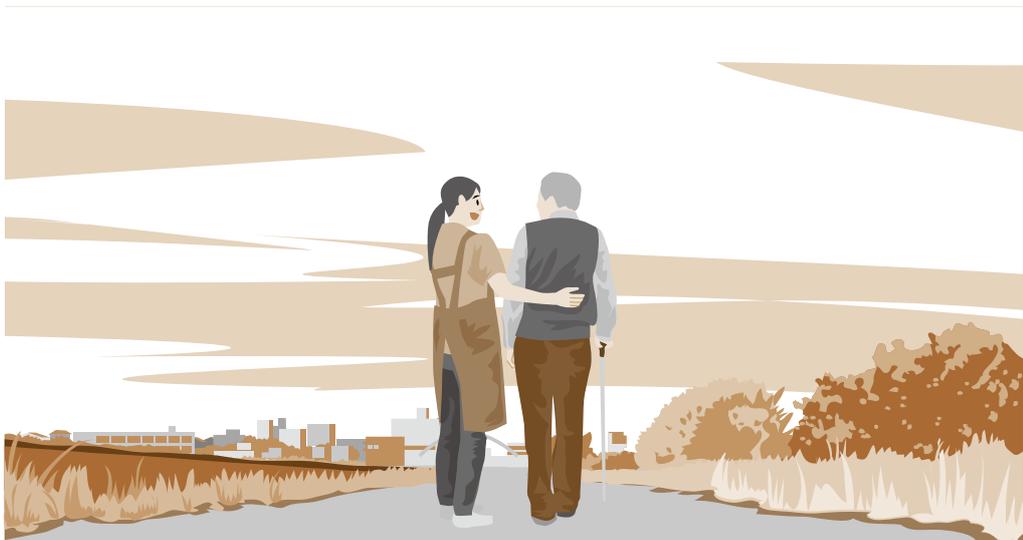
- 「家に帰る」と話す利用者には、一人の職員が声を掛けても「うるさい」と表情が険しくなり、余計に落ち着きがなくなりますが、別の職員が声をかけたら笑顔になり、機嫌が良くなることもあります。
- 帰宅の訴えがあり、職員が付き添って外を歩いても戻ろうとしない時、別の職員が途中で迎えに来て声をかけてみましょう。

- 帰宅を訴えて歩いているときに、何人かの職員が交代で話しかけてみると、関心の持てた会話が見つかったりして、帰宅欲求がなくなることがあるようです。
- 帰宅を訴えて歩いているので見守りをしているときに、「あんたはあっち行って」と語気を荒げて話すような時には、職員を変えて対応することで落ち着き始めることもあります。
- デイサービスなど他事業所の活動に参加することで、気分転換を図り楽しい時間を過ごすことができます。
- 施設長など、上司が直接利用者の話を聞くことで、自分の気持ちを直接訴えることができたという満足感を感じてもらえ、訴えがなくなることがあります。

例 4

専属の職員にする

- 帰宅の訴えが始まる前に、決まった職員が家事の手伝いを頼むことで落ち着きなく歩かれることがなくなることがあります。
- 帰宅の訴えに対して、納得するまで一緒に歩き、付き添うことで「あんたも疲れたでしょ、もう帰ろう」と落ち着いた表情になることもあります。
- 知らない職員には頑なに心を閉ざして声掛けにも反応しないが、顔見知りの職員が手を差し伸べると握ってこられ、笑顔を見せながら戻ることが多いようです。
- 利用者が好きな職員や、安心できる職員が関わることで、帰宅の訴えが軽減されます。
- 帰宅を訴える利用者と気の合った職員と一緒に話をしながら歩くことで、「歩いて帰れるところではないから、戻るわ」と比較的早く落ち着くことが多いようです。
- 専属の職員が関わることで、利用者が思っていることや行動に対して、直ぐに気付いて対応することができ、不安な気持ちが大きくなる前に対処することで帰宅に対する訴えがなくなります。
- 帰宅の訴えがあり、外に出たがなかなか帰ろうとされないが、馴染みの職員の顔を見るなり「あなたと一緒に帰る」と直ぐに戻ってくることもあります。



## 委員構成および執筆担当

### ◎ 認知症における行動・心理症状（BPSD）対応ガイドラインの開発に関する研究検討委員会

(五十音順)

|       |                  |
|-------|------------------|
| 秋田谷 一 | (ずぐりケアプランセンター)   |
| 池田 泉  | (特別養護老人ホーム 唐松荘)  |
| 大久保幸積 | (社会福祉法人 幸清会)     |
| 喜井 茂雅 | (有限会社 スローライフ)    |
| 武田 純子 | (有限会社 ライフアート)    |
| 保坂 昌知 | (社会福祉法人宏友会 法人本部) |
| 益岡 賢示 | (有限会社 プレム・ダン)    |

#### <事務局>

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 加藤 伸司 | (認知症介護研究・研修仙台センター) |
| 阿部 哲也 | (認知症介護研究・研修仙台センター) |
| 矢吹 知之 | (認知症介護研究・研修仙台センター) |
| 吉川 悠貴 | (認知症介護研究・研修仙台センター) |
| 工藤 靖子 | (認知症介護研究・研修仙台センター) |

### ◎ 執筆担当 (五十音順)

#### 「続・はじめての認知症介護」

|       |  |
|-------|--|
| 秋田谷 一 | I 部- <b>4</b> 、II 部- <b>1</b> - <b>2</b> 、 <b>2</b> - <b>2</b> 、 <b>3</b> - <b>2</b> |
| 阿部 哲也 | I 部- <b>3</b> 、II 部- <b>1</b> p42・43、 <b>2</b> p74・75、 <b>3</b> p105・106             |
| 池田 泉  | II 部- <b>1</b> - <b>5</b> 、 <b>2</b> - <b>5</b> 、 <b>3</b> - <b>5</b>                |
| 大久保幸積 | I 部- <b>2</b> 、II 部- <b>1</b> - <b>6</b> 、 <b>2</b> - <b>6</b> 、 <b>3</b> - <b>6</b> |
| 武田 純子 | II 部- <b>1</b> - <b>4</b> 、 <b>2</b> - <b>4</b> 、 <b>3</b> - <b>4</b>                |
| 保坂 昌知 | I 部- <b>1</b> 、II 部- <b>1</b> - <b>1</b> 、 <b>2</b> - <b>1</b> 、 <b>3</b> - <b>1</b> |
| 益岡 賢示 | II 部- <b>1</b> - <b>3</b> 、 <b>2</b> - <b>3</b> 、 <b>3</b> - <b>3</b>                |

2013年度認知症介護研究・研修仙台センター 運営事業費における研究事業  
認知症における行動・心理症状（BPSD）対応ガイドラインの開発に関する研究

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」

2014年3月

発行所 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  
〒989-3201  
仙台市青葉区国見ヶ丘6-149-1  
TEL 022-303-7550 FAX 022-303-7570

発行者 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  
センター長 加藤伸司

印刷 株式会社 ホクトコーポレーション  
〒989-3124  
仙台市青葉区上愛子字堀切1-13  
TEL 022-391-5661（代表） FAX 022-391-5664



SEND AI 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

〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘6-149-1  
TEL 022-303-7550 / FAX 022-303-7570  
<http://www.dcnet.gr.jp>



この冊子は環境に配慮した  
「水なし印刷」により印刷しております。



環境にやさしい植物油インキ  
「VEGETABLE OIL INK」で  
印刷しております。