

初めて認知症介護をする人へ

初めての 認知症介護

解説集

認知症介護
チェック表付



<p>睡眠</p> <ul style="list-style-type: none"> ●睡眠時間・状況 ○運動量 ○体調 ○薬の種類、服薬状況 	<p><input type="checkbox"/> 本人の睡眠の不足 (又は過剰)や睡眠の パターンなど</p>	<p>◇本人の睡眠が十分でない食事時に傾眠傾向が 強くなったり、食事に集中できなくなります。また、 睡眠パターンやリズムによっては起床直後や入眠 前などは食事を摂取するには不適切な時間帯と なりやすいので注意が必要です。</p> <p>活動量を増やす。 <input type="checkbox"/> p.58-f</p> <p>ぐっすり眠ってもらう ようにした。 <input type="checkbox"/> p.59-g</p> <p>いったん休憩。 <input type="checkbox"/> p.59-g</p> <p>食事の時間帯をずらしたり、 本人の調子の良い時に 食べてもらう。 <input type="checkbox"/> p.49-f</p>
<p>気持ち</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人の気持ち、 意志 ○気分 ○心配ごと・ 不満状況 ○スタッフの 声かけ内容・ 見守り方 	<p><input type="checkbox"/> 本人の心配や不安、 気がかりなど精神的 な苦痛等</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の食習慣など</p>	<p>◇本人にとっての気がかりなことや不安な事柄は 多岐にわたります。援助者が思ってもみないよう な些細な事柄が本人にとっては重大な場合も あります。普段からしっかりと本人の話を聞くこと が重要になります。</p> <p>◇長年にわたって慣れ親しんだ食習慣は高齢者に とっては変えたくても変えられない事柄の一つで す。他人にとっては不思議な食べ方でも本人に とっては重要な作法なのです。こうした事柄を情 報として知っていることが重要なことです。</p> <p>本人のペースでゆっくり食事が できるようにする。 <input type="checkbox"/> p.53-d</p> <p>好きな場所で食事をする。 <input type="checkbox"/> p.51-e</p> <p>食事前からごまめに声かけ。 <input type="checkbox"/> p.54-f</p> <p>調理を手伝う。 <input type="checkbox"/> p.56-g</p> <p>声かけせず、職員が一緒に。 <input type="checkbox"/> p.54-f</p> <p>本人ペースで声かけ。 <input type="checkbox"/> p.53-f</p>

初めて認知症介護をする人へ

初めての 認知症介護

食事・入浴・排泄編

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	04
本書の使用方法	06

I 部 概説

1 認知症とは	14
2 認知症介護の方向性	19
3 食事・入浴・排泄介護の重要性	21

II 部 解説

1 認知症介護の基本	36
① 基本的なケアの留意点	
① 認知機能障害と生活	
② 身体機能の把握と対応	
2 食事場面における認知症ケアの考え方	44
① 食事を食べない方へのケア	47
① 食事の工夫	
② 食事環境の調整	
③ 声かけの工夫	
④ 誘導の工夫	
⑤ 活動の工夫	
⑥ その他	
食事拒否課題 介護チェック表	62
② 食事を食べ過ぎたり、要求が多い方へのケア	66
① 食事の工夫	
② 食事環境の調整	
③ 声かけや会話の工夫	
④ 活動の工夫	
⑤ その他	
食事過剰要求課題 介護チェック表	78
③ 食事を途中でやめてしまう方へのケア	82
① 食事の工夫	
② 食事環境の調整	
③ 食事メンバーの調整	
④ 声かけの工夫	
⑤ 誘導の工夫	
⑥ その他（活動や義歯調整）	
食事中断課題 介護チェック表	98
3 入浴場面における認知症ケアの考え方	102
① 入浴を拒否する方へのケア	105
① 入浴方法の工夫	
② 入浴時間の工夫	

③	入浴メンバーの工夫	
④	入浴前の準備	
⑤	誘導方法の工夫	
⑥	入浴環境の調整	
⑦	介助者の調整	
⑧	その他	
	入浴拒否課題 介護チェック表	116
②	清拭を拒否する方へのケア	120
①	清拭方法の工夫	
②	清拭環境の調整	
③	声かけの工夫	
④	誘導の工夫	
⑤	介助者の調整	
⑥	その他	
	清拭拒否課題 介護チェック表	128
③	洗髪を拒否する方へのケア	132
①	洗髪方法の工夫	
②	洗髪環境の調整	
③	声かけ・誘導の工夫	
④	介助者の調整	
⑤	その他（身体状況やコンプレックス）	
	洗髪拒否課題 介護チェック表	144
4	排泄場面における認知症ケアの考え方	148
①	パッド交換を嫌がる方へのケア	150
①	介助方法の工夫	
②	環境の調整	
③	声かけ・誘導の工夫	
④	介助者の調整	
⑤	その他	
	排泄介護拒否課題 介護チェック表	158
②	排泄の誘導を嫌がる方へのケア	162
①	誘導方法の工夫	
②	会話やコミュニケーションの工夫	
③	介助方法の調整	
	排泄誘導拒否課題 介護チェック表	168
③	トイレ以外で放尿してしまう方へのケア	172
①	誘導の工夫	
②	排泄環境の調整	
③	その他	
	放尿課題 介護チェック表	178
	委員構成及び執筆担当	182

はじめに

近年の認知症高齢者急増に伴い認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、介護老人福祉施設のユニット化などの例に見られるように、個別ケアの推進、生活継続性を考慮した住居形態、地域密着性等、認知症ケアサービスの整備は確実に進行しています。しかし、これら認知症介護の質が高まりつつある一方で、高齢者の虐待が表面化し社会的な問題となっていることは周知の事と思います。全国的な調査の結果からも虐待を被る多くの高齢者は認知症の症状を有している例が多くみられており、認知症介護の困難さや、介護技術の未熟さが虐待の発生に何らかの影響を及ぼしていることが予測されます。一日も早く虐待を根絶するためにも認知症介護の質を向上することは、早急に着手しなければならない重要な課題であると思います。

また、事業所の急激な増加に伴って介護人材養成の観点からもいくつかの課題が浮上しています。特に、在宅、施設を問わず介護事業所全体に占める新規学卒者や非正規職員の割合が急増しており、とりわけ初任者の基礎能力の向上と安定化が課題となっています。2010年3月に開催された「第1回今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」では、今後に向けた介護人材に求められる役割として認知症介護の重要性が掲げられています。このことはつまり、介護初任者における認知症介護の質を高めるためには、認知症介護に特化した初任者養成の必要性を示しています。

認知症介護教育における初任者向けの学習内容は、全国で実施される認知症介護実践者研修を例にとると「認知症の理解」「心理的理解」「理念構築」「コミュニケーション技法」「リスクマネジメント手法」「生活アセスメント法」「権利擁護」「環境支援法」「地域支援法」「生活支援方法」等、多種多様に渡り、広範囲で高度な知識や技術習得が期待されているのが現状です。今後、初任者の基礎能力を短時間で効率的に向

上するためには、優先的な教育内容を明確化し、効率的な教育方法を開発する必要があります。認知症介護の目的は認知症者の生活安定であり、生活の安定を実現しうる食事、入浴、排泄等の基本的な生活行為に関する介護能力の養成は優先的な課題です。

認知症介護研究・研修仙台センターでは、認知症者の基本的な生活課題を解決するケアのモデル構築を目的に平成18年度～20年度において厚生労働科学研究費補助事業「認知症におけるケアモデルの構築に関する研究」事業を実施し、介護困難度の高い食事、入浴、排泄に関する課題に関するアセスメント視点及び解決方法に関するモデルの整理を行ってきました。特に全国の認知症対応型共同生活介護事業所を対象に実施した「認知症介護成功事例調査」の結果を分析し、実際に認知症介護の現場で実践されている課題解決に成功した視点やケアの方法を整理し、それらの成果を基に「認知症介護チェック表」と「解説集」を作成しました。本書は初任者の自己学習教材として、教育担当者の指導参考資料としての活用を目的としています。ぜひとも、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の実現に向けて、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事業所の方々、そして関係者の方々には心より感謝申し上げます。

2010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、食事・入浴・排泄時に頻繁に起こりやすい課題への考え方や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」と、実際のケアの方法を詳細に解説した「認知症介護の解説」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、そして介護の中でも食事や入浴、排泄介護の重要性について基本的な事柄を中心に解説しています。

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 取り組みの解説

① 認知症介護の留意点

認知機能と生活課題との関係性や身体、疾患の理解の重要性など、認知症介護を行う上での基本的な留意点について解説しています。認知機能の理解や疾病の把握については、認知症介護全般について最も基本的な共通知識になりますのでよく理解しておくことが必要となります。

② 食事・入浴・排泄場面における認知症ケアの解説

食事場面については、食事拒否、食事の過剰な要求、食事中断について、入浴場面については、入浴拒否、清拭拒否、洗髪拒否について、排泄場面については、パッド交換拒否、誘導拒否、放尿に対するケアの考え方や、不適切なケアの考え方、実際のケア方法について具体例を挙げながら詳細に解説をしています。

なお、本書で解説し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、介護チームで話しあい、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

食事・入浴・排泄に関する頻繁に起こりやすい9つの課題について、ケアを行う上での視点や、ケアの方向性、実際の取り組み例を記載しています。1課題についてA3版用紙1枚になっていますので、自分の視点やケアについて確認してみてください。

解説集イメージとチェック表イメージ

2 食事を食べ過ぎたり、要求が多い方へのケア

認知機能の低下を中心として、身体機能の低下、疾病、不安など心理的な状態、周囲の環境や他者と人間関係など様々な要因をきっかけとして、通常の食事が終わらなかったり、食事の要求が多くなったり、食事の時間内でも頻りに何かを食べるものをほしかったり、あるいは、食事後も自分の食事が残ったと、ほかの人の食事をとってしまったりなど、食事の過剰な要求があらわれることがあります。日頃から患者の認知、身体状況の確認、認知機能の把握、他者と関係性の把握などを心がけ、対応しておくことが必要です。

まずは、このような状況を見かけたら以下のような、すくりに取り組むことのできる方法を紹介しますので参考にしてみてください。

2 食事拒否課題 介護チェック表

1.500kcalです。性別や活動量、体系、疾病等の状況によって必要摂取カロリー数は変わってきます。年齢別では、20歳代くらいは男性で2650kcal、女性で2500kcal、70歳代くらいは男性で1850kcal、女性で1500kcalです。疾患については、特に高齢者や、胃の初級手術などをうけたことがある方は一般的な必要カロリー摂取量よりも制限された数値になっていますので、常食士や医師と相談の上、個々の高齢者の状態に応じた必要カロリー摂取量を確認しましょう。

必要カロリー摂取量の範囲内で、食事の量や食事の種類、食事の頻度を増やす事で、過剰な食事を減らすことができます。

1 食事の工夫

食事の何れも要求したり、食事が邪魔になったりすることは、認知機能や身体状況、心理的な状態など様々な要因が考えられますが、無理に説いたり、ゆめさせようとしても、根本的には解決せず、むしろ状況が悪化する可能性があります。

重要なのは、まずは「食べ過ぎ」になるロウの過剰摂取による体系の増加や、成人病への危険をなくすることです。そのためは、まずは、食事を無理に減らすのではなく「食べた」という感覚に合わせる、疾患や機能を改善する可能性を取り除くような対応をすることが望ましいでしょう。それには、食事量を多少増やしながらも、食事を減らす、カロリー量を増加させない工夫が必要となります。

あるいは、食事の好き嫌いや食の食べない原因について、本人の食事にに対する好き嫌いを把握しながら、できるだけ満足してもらえる食のメニューを考える必要です。

2 食量の大きさを下げる、食事の種類を増やす

摂取カロリーは減えずに、小食にしたり、どんなから某類にしたり、量を小さめにしたなら、1種類の量を減らしたり、その分、おかずの種類を増やしてみること、満足感を満たすことができるかもしれません。あるいは、一度の食事量を減らして、おかわりをもってもらったり、2階分の食事を用意して提供してみるのも一つの方法です。

実際の取組例

1. カロリーを考慮しながら、食事量や食事の回数を変えてみる

高齢者に必要な1日のカロリー摂取量はおよそ男性で1850～2400kcal、女性で1550～

例1 必要カロリー摂取量の範囲内で、食事量を増やす。ごはんやパン、カレーライスなどの主食を減らして、おかずを増やすことでカロリー摂取量を減らす。

例2 必要カロリー摂取量の範囲内で、好きなおかずを増やす。

例3 必要カロリー摂取量の範囲内で、食事の種類を増やす。おかずの種類を増やすことで、満腹感や満足感を満たす。

食事拒否課題 介護チェック表

認知症介護チェック表

氏名: ○○さん

状態: ○○さんは、食事に誘っても、食べたくないと食事を食べたがりません。

要注意!!! こんなケアしてませんか?

- 本人任せにして置かず、強制していませんか?
- 強制的な食事を食べさせたり、強要していませんか?
- 強要した結果、吐き戻しや嘔吐、食中毒発症などはないですか?
- 強要した結果、新陳代謝が低下していませんか?
- 「仕方がない」とか「行かない」とか「頑固な態度で拒絶していませんか?」
- 強制的な食事の一方だけを食べ物を認めないでいませんか?

本人が食事を拒否する理由(心身や体質など)を考え、楽しく食事が出来るように具体的な援助に取り組む。

本人が食事を拒否する理由には本人の理由があるのかという理解をもち、否定的な関わり方をしない。

本人のこれまでの食事習慣などを確認し、本人の好む食生活方法を模索する。

課題部位	ケアの方向性	実際の取り組み例(対応方法)
認知機能	本人の認知力、飲み込む力、食後の消化力	認知機能の低下や飲み込む力の低下がある場合は、小さく切った食料やペースト状の食料を提供する。
	本人の身体的な痛み	本人の身体的な痛みがある場合は、痛み止めを処方し、痛みが軽減するまで待つ。
感情	本人の感情の不安	本人の感情の不安がある場合は、話を聞いてあげ、安心感を与える。
	食後の状態	食後の状態が悪い場合は、食後のケアを丁寧に行い、消化を促す。
気持ち	本人の気持ち	本人の気持ちに寄り添い、楽しく食事を摂れるように工夫する。
	本人の食生活	本人の食生活を見直し、好きな食材や調理法を提供する。
心理	本人の食生活	本人の食生活を見直し、好きな食材や調理法を提供する。
	本人の食生活	本人の食生活を見直し、好きな食材や調理法を提供する。
認知症状	本人の認知力	本人の認知力低下がある場合は、簡単なメニューを提供する。
	本人の食生活	本人の食生活を見直し、好きな食材や調理法を提供する。

本書の使用法

食事拒否課題 介護チェック表

食事拒否課題 介護チェック表

2 チェック表の構成と使用法

2-3. 食事中断課題 介護チェック表

食事中断課題 介護チェック表
現在、実施しているケアを確認しましょう。

記入者氏名 _____ 記入日 _____

1

2 高齢者氏名 (_____) ◆身体機能 (自立・やや機能低下) ◆認知症重症度 (日常生活自立度判定基準) (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)

3 状況 ○○さんは、食事中に、急に食事をやめてしまい全く何にも手をつけなくなってしまいました。

4 **要注意!! こんなケアしてませんか?**

- 本人の意志を確認せず無理矢理口に入れて介助していませんか?
- 食事を早くすませるために、全部のおかずをご飯にまぜていませんか?
- 空になった器から片付けてしまっていないですか?

●認知症の方は自分の心身の状況をうまく説明できない場合があります。痛みや不快、健康状態、気分等をしっかり把握するよう努めましょう。

●業務を優先するあまり、強引に介助したり、本人の心身の状況を無視して片付けてしまったりしないでしっかりとアセスメントするよう心掛けましょう。

5 **ケア方針**

- ◎本人の身体状況や疾病、健康状態に応じた十分な栄養、カロリー摂取を心がけ、健康維持を心がけましょう。
- ◎常に本人の気持ちや想いをくみ取り、本人の状態や心理を中心としたケアを行いましょう。
- ◎穏やかに、安心して、楽しく、満足度の高い食事環境づくりを目指しましょう。

6 **確認部位**

体調・睡眠

- 体調
- 本人の気持ち、意志
- 気分
- 睡眠時間・状況

7 **アセスメントチェック** (この確認しましたか?)

- 体調がすぐれない
- 自力で食べることに疲れている
- 座位が保てなくなっている
- 睡眠不足や生活リズムの乱れがある
- 痛みや不快がある
- 現病や既往症を知らない
- 服用している薬の作用、副作用を知らない
- 最近の食事や水分の摂取量を知らない

8 **ケアの方向性**

◇認知症によって、体調(痛み、不快、不眠、便秘、下痢など)をうまく訴えることができないことがあります。本人の様子を注意深く見、くみ取り、まずこれらの軽減を図るようにしましょう。体調が悪くては、生活を楽しく生活リズムを保つたりすることができなくなります。

人間にとって、水分のバランスを適切に保つことは大変重要です。特に認知症の人にとって、このバランスが崩れると、様々な周辺症状が現れることもあります。習慣や好みを尊重し、こまめな水分補給を、一日をとおして心がけましょう。

◇本人のADLを的確に把握し、自立できる部分と支援(介助)を必要とする部分を見きわめ、過不足のない介助を行いましょう。

9 **実際の取り組み例** (ガイドライン参照項目)

- 本人の気持ちを確認し、本人のペースに合わせた介助を行う。 p.91-0-1 p.92-0-3
- 少し体を休めてから、再度食事にする。 p.94-0-5
- 食事前日中の活動を促す。 p.96-0-3
- 本人の気分を確認し介助する。 p.92-0-5 p.97-0-6
- こまめにお茶等の飲み物を提供する。(夜間も含め) p.83-0-1例1
- 痛み、不快感の軽減を図る。 p.91-0-2
- 安眠の促進を図る。 p.97-0-7

10 **身体状況**

排泄状況

- 排泄状況
- 水分摂取状態

本人の気持ちや意志を確認していない

下着やおむつが不潔

◇尿意や便意があると落ち着いて食事ができなくなります。食事前には確認し、トイレを済ませてから、気持ちよく食事につけるようにしましょう。また、便秘や下痢をしていたり、下着やおむつが

11 **現在の状態は どうですか**

◎食事を中断する回数	◎食事量	◎ケアをしたときの表情	◎行動やしぐさの様子
朝食 _____ 回 _____ %	_____ %	笑顔がみられる... <input type="checkbox"/> 悲しそうである... <input type="checkbox"/>	そわそわしている... <input type="checkbox"/>
昼食 _____ 回 _____ %	_____ %	穏やかである... <input type="checkbox"/> 苦しそうである... <input type="checkbox"/>	寝ている... <input type="checkbox"/>
夕食 _____ 回 _____ %	_____ %	落ち着いている... <input type="checkbox"/> 怒っている... <input type="checkbox"/>	無関心である... <input type="checkbox"/>
		集中している... <input type="checkbox"/> 泣いている... <input type="checkbox"/>	同じ動作の繰り返し... <input type="checkbox"/>

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。

3 生活課題の状況

食事・入浴・排泄における生活課題状況が表示してありますので、この状況がみられた場合に該当するチェック表を使用してください。

4 不適切なケアの例と解説 (要注意ケアの確認)

上記の生活課題への不適切なケア例と解説を記載しています。

現在行っているケアが、不適切なケア例に該当しているかどうかを確認してください。もし、該当していたら、虐待につながるあまり望ましくないケアと思われるので即座に中止してください。なぜ、そのケアが不適切なのかの理由が右に解説してありますので、熟読して再発の無いよう気をつけてください。

また、ケア例に記載していなくても、ケアチームで話し合い、不適切だと思われるケアがある場合は、ケア例に追加して記入してください。

5 ケアの方針

食事・入浴・排泄に関するケアの方向性を記載しています。

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。もし、上記のような不適切ケアを実施している場合は、これらの方針に従って新たなケアを実施してください。

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。

6 確認する部位

上記のケア方針に基づいたケアを実施するために必要な視点が記載してあります。

確認部位は、●…主要な確認部位と○…補足的な確認部位に分けられます。主要確認部位は、中心的に確認する部分で、補足的な部位は同時に確認するべき部位です。これらの確認部位は、同時に全てを確認してください。

7 アセスメントチェック

確認部位について、具体的にどのようなところを確認するかを具体的に記載しています。一つ一つ確認し、該当項目がある場合は即座にケアの方向性を参照してください。

8 ケアの方向性

アセスメント視点の解説と、ケアの考え方を記載しています。

なぜ、そのような視点が必要なのか、なぜそれを確認しなければならないのかの理由を記載しています。そして、もしアセスメントチェックの確認事項に該当した場合、どのような考え方でケアを行っていけばよいのかの方向性が示されています。ケアを考慮する時の参考にしてください。

9 実際の取り組み例

ケアの方向性を踏まえた実際の取り組み例を記載しています。比較的、今すぐ実行可能な取り組みを中心に記載していますので、できるだけ長期的な取り組みと組み合わせ実施するようにしてください。また、できるだけ望ましいあるいは、課題を解決する上で役立つ実際の取り組みを記載していますので、それぞれの状況に合ったケアを検討して実施には細心の注意を払って実施してください。

※なお、記載されている取り組み例は、平成 20 年度に実施された認知症対応型共同生活介護事業所を対象とし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、生活課題を解決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。あくまでも1つの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。

10 解説集の参照項目

実際の取り組み例の後に、解説集の参照ページと項目番号を記載しています。取り組み解説集の該当する参照ページと項目番号に、取り組み例に関する詳細な解説を記載していますのでケアを検討する上でのヒントにしてください。

11 評価項目

チェック表の最後に、課題状況の変化や、高齢者の状態に関するチェック項目を記載しています。ケアを実施した毎に必ず課題状況がどうなったか、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、ケアを実施した後はできるだけ高齢者の状態を確認し、記録するよう心がけてください。これらを、ケア実施時に毎回記録することで、高齢者の変化もわかるようになりますし、高齢者の様子をてがかりとしたケアやアセスメントができるようになると思います。

3 活用方法

1 認知症介護経験の浅い方々へ

「介護を始めて間もない」「認知症の方の介護は初めてだ」「パートなのであまり認知症介護の事は勉強していない」「どうやって対応してよいかわからない」そんな認知症介護の初心者疑問や悩みを解消するために、本書をぜひ活用してみてください。

1 自分の介護を振り返るために

認知症介護が始めての方や、初めて間もない方は、今行っている自分のケアに自信がなく、正しいのかどうかも不安なことが多いようです。認知症介護に関しての成功した経験が少ないので、何を基準にどのようにケアをしてよいかわからないまま、日々、試行錯誤で迷いながらケアを行っている方が多いと思います。ぜひ、「認知症介護チェック表」を使用して、自分が行っているケアを振り返り、アセスメント視点や、ケアの方法についてチェック表を参考に確認してみてください。そして、参考にしたい取り組みがあったときは、解説集を読んで他の職員に相談しながらケアを見直したり、実施してみてください。それを繰り返しているうちに、だんだんと間違ったケアや望ましいケアの基準が具体的に自分の中に作られてくると思います。そうすれば、今度は、応用する力が身につき様々な場面にも対応できるようになるでしょう。

2 介護にいきづまったら

「食事をぜんぜん食べない」「入浴したくない」「廊下で放尿してしまう」など、新人の方にとってこれらへの対応はとても難しく、悩んでいる方も多いと思います。そのときは、ぜひ「認知症介護チェック表」の取り組み例を参考にしてみてください。そして、参考にできそうな例が見つかったときは、ケアの方向性やアセスメント視点を確認してケアの考え方や課題の原因について考えてみてください。このように実際に目の前で起こっている場面や状況について、まずはケアの実際例を参考にし、最後にアセスメント視点や方向性を確認して理解するといった使い方も可能です。

3 認知症介護を自分で勉強したくなったら

本書は「認知症介護チェック表」の実際の取り組み例を解説した解説集を用意しています。初心者の方が、自分で認知症を勉強するための学習教材としても活用できます。認知症とは何か、認知症介護の基本理念、認知症介護の留意点など基礎的な知識は勿論、具体的な実践例まで網羅していますので、解説集のみをテキストとして学習することで最低限の知識から実践的なケアの方法まで学ぶことができます。是非とも、初心者のご自己学習教材として活用されることをお勧めします。

2 職員の教育や指導をしている方々へ

本書は、認知症介護を始めて間もない方や初めて介護をする方々を対象にしていますが、これらの新人の方々を指導する先輩職員や、教育担当者の方々の指導や助言の参考資料としても活用可能です。

1 新人職員のアドバイスに困ったら

本書に掲載している取り組み例や考え方は、基本的な内容に限定されますが、認知症介護の経験者が自分のケアを整理したり、確認するための資料としても有効です。特に、新人にアドバイスしたり、指導を行うときに、自分でケアはできてもどのように指導したり、アドバイスしたらよいのか困るときがあると思います。例えば、実際にケアをすることは上手なのに、説明しようとするとうまく説明できなかったり、ケアの考え方や視点ばかりで、具体的なケアの説明ができない方も多いと思います。そのときに、「認知症介護チェック表」や「解説集」を参考に、新人と一緒に確認しながら説明するときの資料として活用すれば、わかりやすいアドバイスや助言が可能となります。

2 指導内容に食い違いが起こったら

認知症介護の指導や教育で最も起こりやすい課題として、指導やアドバイスをする人によってアドバイス内容が違っていたり、説明方法が異なるために、新人が混乱してしまうことが多くあります。これは、指導する人同士で、指導内容が統一されていなかったり、個人個人の経験によって、口頭のみでアドバイスしようとして毎回、微妙にいうことが違ったりすることが原因で起こります。できれば指導する人同士で指導内容を統一しておくことが必要となります。そのときに「認知症介護チェック表」や「解説集」の取り組み例について、事前に確認し指導するケア内容を統一しておけばこのような食い違いは解消できるはずです。





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、また決して感情や意欲の障害でもなく、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"> ● 新しいことが覚えられない、以前のことが思い出せない ● 即時記憶→近時記憶→遠隔記憶の順に失われやすい
見当識障害	記憶障害、理解力と判断力の低下のために時間、場所、人物の見当がつけられなくなる	<ul style="list-style-type: none"> ● 時間(何時か、何年何月何日か見当が付かない) ● 場所(自分がいる場所の見当が付かない) ● 人物(周囲の人が自分とどんな関係が見当がつかない)
失語・言語障害	失語には発語が中心のもの、言葉の理解の障害が中心のものがある 認知症の場合、言葉を見つけ出す、理解することの障害が生じやすい	<ul style="list-style-type: none"> ● 換語困難(言い換え困難、言葉がうまく出てこない) ● 語想起の低下(単語を思い出せない) ● 言語理解の低下(相手の言葉の内容が理解しづらい) ● 反響言語の出現(相手の言葉をオウム返りする)
失行	運動機能が損なわれていないにも拘わらず、動作を行なうことが出来ない	<ul style="list-style-type: none"> ● 構成失行(立体図形や絵が模写できない) ● 観念運動失行(単純な指示の動作が出来ない) ● 観念失行(使い慣れた道具を使うことができない) ● 着衣失行(衣類の着脱がうまくできない)
失認	視知覚的機能が損なわれていないにも拘わらず対象物などを理解したり、把握したりすることができない	<ul style="list-style-type: none"> ● 視空間失認(空間における物の位置や、物と物との位置関係が理解できない) ● 触覚失認(日常使用しているものを触っても、それが何かわからない) ● 手指失認(何指なのかわからない) ● 身体失認(自分の体の部分への認知ができない) ● 鏡像認知障害(鏡に映っている人物が誰なのか認識できなくなる)
実行機能障害	計画を立て、組織化する、順序立てる、抽象化するという、物事を具体的に進めていく能力が損なわれる	

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

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

一見、自分のしていることを理解していないように見える認知症の方たちも、何となく「自分は徐々に壊れてしまっている」ということを理解しているということが、最近になって当事者から語られることが多くなってきました。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う構造を理解することが重要です。

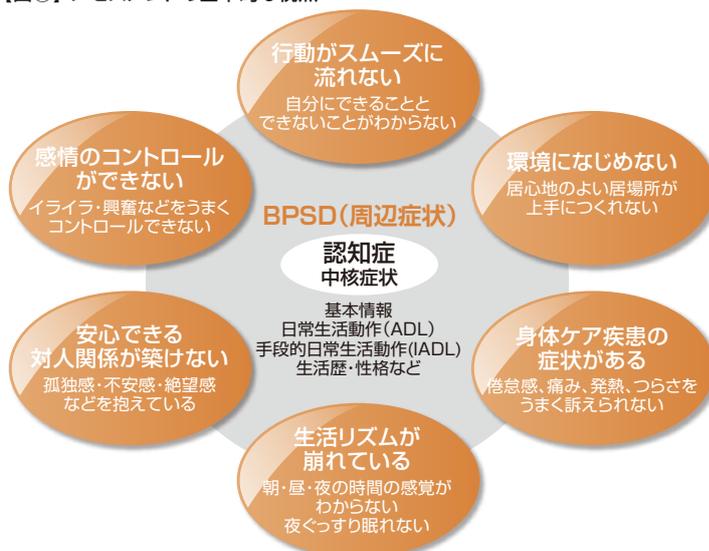
体の傷や障害であれば「病気」であることが見た目で見えます。しかし「認知症」という病気は私たちの目にははっきりと見えません。よく認知症介護が難しいといわれることがありますが、私たちの現実世界と認知症の方たちの内的な世界のズレを介護者が認識しにくいところに、その理由があると考えられています。

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」であっても本人にとっては「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。

【図①】アセスメントの基本的な視点



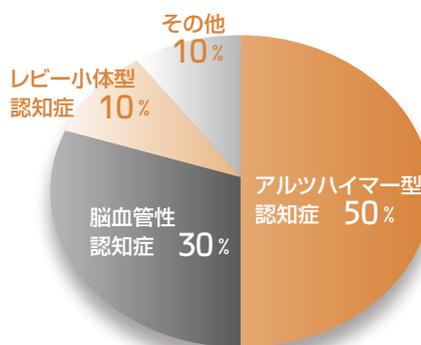
中央法規 認知症介護研究・研修東京センター発行
図表で学ぶ認知症の基礎知識 P108 図アセスメントの基本的な視点

認知症の種類

認知症の種類は200種類以上あると言われています。介護現場のみならず、医療の世界でもそれらをすべて把握し対応することは困難な状況にあります。

認知症は大きく分けて脳変性型と脳血管型、その他の認知症と3つに大別することができます。私たちが介護の仕事を行っていく中で、その出現率や症状等（図①参照）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。

【図①】認知症の原因疾患の比率



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

1 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。

2 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、全体的な萎縮などを生ずることで認知症の症状が現れると言われています。物忘れ、日時や場所がわからなくなる、といった症状が徐々に進行する病気で、認知症の原因疾患の半分以上を占めています。発症時期の特定が困難で徐々に進行し、治癒することがありません。本人の自覚が乏しく、年齢とともに発症率が高くなることも特徴のひとつです。重症度が増し、高度になると摂食や着替え、意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりの状態になります。

健忘期（初期）

情報を認知してこれを記憶として登録することが困難な状態になり、健常な高齢者と比較して「もの忘れ」の頻度や程度が多くなります。同じものを何度も買ってくる、何回聞いてもすぐに忘れるなどの異常な物忘れや簡単な計算、記憶の欠落を埋めるために作り話をする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。

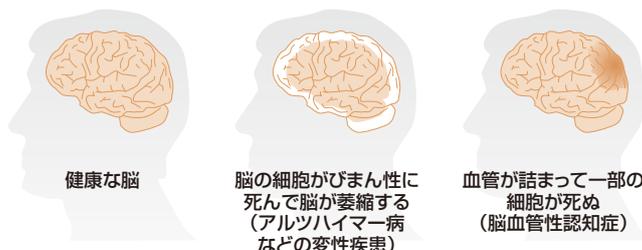
終末期（末期）

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。

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ります。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



※図：厚生労働省HP：<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/19.html>
(政策レポート、認知症を理解する)より

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

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

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

4 前頭側頭型認知症

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

前頭型側頭型認知症の発症年齢は、その大部分が65歳以前で潜在的に発症し、ゆっくりと進行・悪化するといわれています。発症初期の段階から自分の行動を抑制できず、人間的な温かみ、共感や思いやりに欠けるなどの感情面が鈍くなります。結果的に他人に迷惑をかけていても、そのことに興味をもてない、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】

「認知症になるとなぜ不可解な行動をとるのか」加藤伸司著、河出書房新社、2005

「知っておきたい認知症の基本」川畑信也、集英社、2007

「図表で学ぶ 認知症の基礎知識」認知症介護研究・研修東京センター、中央法規、2008

2

認知症介護の方向性

① パーソン・センタード・ケアとは

パーソン・センタード・ケア (Person Centred Care : その人を中心としたケア) は、1990 年代前半に故トム・キッドウッド氏が提唱した、認知症であってもその人の個性や人生を重んじ、尊厳を尊重するケアの理念です。当時の英国では、ケアの提供者側の一方的なスケジュール管理や画一的なプログラムの提供を中心におこなわれていました。彼はそのことが認知症の人を混乱させ、症状や状況を増悪させていることに気づき、新しい認知症のケア (ニューカルチャー) を研修システムとして作り上げていきました。この考え方は、ケアが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。

パーソン・センタード・ケアは、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。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ある。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いう考えを出発点にしています。そして、認知症とともに生きる人たちの生活がより豊かなものになることを大切にしています。

パーソン・センタード・ケアでは、認知症の人の良い状態を心理的ニーズから「愛情」を取り巻く5枚の花びらで捉えます。まず「くつろぎ」は、緊張がなくリラックスしている状態と言えます。身体のだ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。次に「自分らしさ」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。3つ目の「こだわり・愛情・結びつき」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、古いものとは違って、理屈ではなく、どうしてもなく好きなもの、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を指しています。4つ目の「自らたずさわる」は、いくつになっても、やれることはしたい。一方的に何かをやらせてもらっているだけでは気がすまない気持ちがあるので、例えば、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。最後の「つながり (社会との関わり)」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します。

このように、パーソン・センタード・ケアは、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。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 (その人らしさ : 1人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること) をより高めることにあると言えます。

2 認知症介護理念の重要性

認知症介護は、認知症という疾病をみるのではなく、認知症という疾病がある「人」を見据えて支えていくことが重要です。その支えるための新しい施設サービスやケアの手法が開発され、そのための人材育成も強化されています。また、これまでの「入浴、排泄、食事」といった身体介護を業務に位置づけていたいわゆる三大介護を中心とする介護から、認知症の人への介護の位置づけが高まり、介護スタイルの変化とともに、全人的ケア、個別ケア、自立支援、尊厳の保持、権利擁護、心理面へのケア等が重視されています。

理念とは、ある物事についての基本的な考え方や、あるべき状態を示す言葉なので、認知症介護の理念とは、認知症介護の目標と目標達成に向けたあるべき姿に関する考え方と言えます。理念のない介護は、羅針盤のない船のように目的地にたどり着くのが困難になってしまいます。認知症介護では、認知症の人の生活の質が高められることが最も重要であり、認知症介護における生活の質を高めるための道しるべとして理念が重要な役割を果たします。認知症介護の理念の構築にあたっては、介護者側の独りよがりのケアにならないよう十分留意し、人間の多様性を尊重した、本人の意向や満足を重視するケアを考慮することが大切です。

従って、介護者は、認知症の人に何の説明もなしに黙ってケアすることや、その人がいないところで家族や周りの人だけで、話し合ったり、何かを決めたりすべきではありません。認知症の人は、何も話さないかもしれませんが、一緒に参加されることで、家族も周りの人もより本人の生活を意識した支援について話し合うことができるでしょう。認知症介護では、身体的援助だけではなく、認知症の人たちの個性・気持ち・その人らしさを維持し、引き出すことが不可欠なのです。

例えば、認知症の人が大きな声を出したり、怒鳴ったりすると「不穏」「興奮」「暴言」と記録に書き、「困った人」というレッテルを貼る場合があります。認知症の人がしている行動や言動を安易に「認知症だから」と決めつけてしまう場合が少なくありません。しかし、こうした大きな声を出したり、怒鳴ったりする行動や言動も、介護者や周囲の人たちの無意識のうちにとっている言葉かけや対応によって、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ことが大切なのです。介護者の態度や言動を振り返り、その影響から起こっている行動・心理症状かもしれないと考えることが不可欠です。認知症介護の理念を考えると、認知症の症状は、介護者の声かけや対応によって、良い状態にもなるし、逆に良くない状態にもなるということを忘れてはならないのです。

【参考文献】

「実践パーソン・センタード・ケア」水野裕著、ワールドプランニング、2008.1.10
「新しい認知症介護」認知症介護研究・研修東京センター監修、中央法規、2006.4.1

3

食事・入浴・排泄介護の重要性

食事・入浴・排泄における支援の重要性

高齢者のみならず、人間が健康で安心した生活を送るために食事、入浴、排泄といった基本的な生活行為は極めて重要な事柄です。

とりわけ高齢者、及び認知症高齢者にとっては心身機能の維持や安定した情緒等のためには避けて通れない必須のものです。

ここでは先ず高齢者一般についてその重要性並びに留意点等について言及し、その後、認知症高齢者に特徴的なケアの方法並びに支援の際の重要な視点等について述べます。

食事における支援の重要性

当然のことながら食事は人間が生命を維持していく上で必要不可欠なものです。しかしながら、ただ食事から栄養素だけを摂取すれば良いというものではありません。重要なことは食事の摂取のあり方が問われるということです。また一方で食事は嗜好性の非常に強いものでもあります。こうした点にも十分配慮する必要があります。



まず、一般高齢者における食事の支援の重要性について見てみましょう。

① バランスよく摂取する

若い人でも食生活の偏りは時として思わぬ疾患を招きます。高齢者の場合は更に注意が必要になります。高齢期になり、一人暮らしや老夫婦のみの世帯になると「種類多く作るのは面倒だから」とか「残りもので済ませればいい」など、どうしても食事内容や食材の種類に偏りや貧弱さが出やすくなります。更に若齢期の食習慣が高齢期になっても意外に影響するものです。従って食事内容は出来るだけバランスよく季節に合った食材を選び、調理方法等にも気を配り、必要な栄養素が摂取できるようにする必要があります。

② 口腔並びに咀嚼・嚥下の状況に応じた食事形態をとる

高齢期になると、必然的に自歯が少なくなり、多くの高齢者が義歯等を使用するようになります。また、歯磨きや、義歯清掃、口腔内清掃がおろそかになることも多く見られます。結果口腔内が不衛生になりやすく、肺炎等のリスクも高まります。また咀嚼能力が低下し、疾患等によっては嚥下機能が障害、または低下することも見られます。このため、本人の咀嚼能力や嚥下機能の状態に応じて食事内容や食材選び、調理方法等に配慮が必要になります。

また摂食・嚥下に障害や著しい低下がある場合、歯科医や歯科衛生士及び専門の摂食・嚥下外来などを受診することが必要になる方もいらっしゃいます。

③ 疾患の状況に合わせた食事にする（病気による禁忌等に注意）

高齢期になると何らかの疾患を患っていることが多くなります。また治療しても完治せず、「病気とうまく付き合っていく」ことが必要になることも多く見られます。そのため日々の食事に関しての制約や制限が必要になる高齢者も少なくありません。このためカロリーや禁忌の食材などに注意する必要があります。



④ 食事はただ食べるだけでなく、食事全体（献立、買い物、調理、盛り付け、配膳、摂取、かたづけ等々）を通して「食事」と捉える視点が必要

施設生活の場合、ある時間に突然、食事が配膳されることがまだまだ多く見られます。しかし、「食事」という行為は「どんな献立」「どんな食材」「どのように調理」し、「どんな風に盛り付け」「どのような環境（一人で食べるのか？大勢で食べるのか？）で食べるのか？」等々、多岐にわたっています。つまり、「これから食事を食べるのだ」という感覚や意識が重要なのです。ケアを考える上でこうした事柄を意識し、食事を「ただ食べる行為」という風に捉えず、「食事を全体として捉える」という視点が重要です。

⑤ 「食事を楽しむ」という視点が重要

高齢期になると「楽しみながら食べる」機会が失われがちになります。まして独居だったり老夫婦だけだったりすると、その危険性はさらに高まります。また居住型施設においても「ただ栄養を摂取すれば良い」というような考え方で食事提供を行うとやはり同じように「食事を楽しむ」ということは困難になります。食事をする環境が騒々しかったり、逆に静寂すぎたり、また「楽しく食事をする」といった雰囲気がないと、食事そのものが味気ないものになってしまいます。BGMをかけたり、会話を楽しみながら、等々の配慮が必要になります。但し、「テレビを見ながら食べる」という行為は「食べる」行為と「観る」行為を同時進行で行うので、高齢者には困難性が高い面がありますので、注意が必要です。

6 食事にはその人の嗜好性が強く反映される

高齢期になるとそれまでに本人が培ってきた、あるいは慣れ親しんできた「食生活」を変えることが難しくなる人も出てきます。特に食事の好みは「嗜好性が強く」味付けや、食材の形状、食べ方等々、配慮や注意が必要になります。

また一方では、高齢期には食事の好みや嗜好が変化する場合も少なくありません。本人の味覚の変化や咀嚼能力、嚥下機能等の影響で食事の味付けや形状、摂取方法等に配慮が必要になります。

7 食事摂取は排泄の状況と密接な因果関係がある

排尿や排便の状況は身体のバランスや体調等への影響が極めて大きな事柄です。何日も排便がなく不快な状態では「おいしく食事をいただく」というわけにはなかなかいきません。また「下痢」等を起こしている場合も同様に不快感や不安感が強くなり、水分の摂取などを嫌う傾向も出てきたりします。

また心理的にも体調の不快感から情緒に影響し、食事が進みにくくなってしまいうこともよく見られます。

8 衛生面への配慮や調理等の際の安全面への配慮が重要

高齢期になると視力の低下や味覚の鈍摩等により食器の洗浄が不十分になったり、食材調理においても加熱などの不十分さが見られることもあります。また一方で、不衛生な状態になった食べ物（下に落とし拾い上げたものや賞味期限が切れた食べ物など）を摂取してしまう場合もあります。

また施設等では本人が「後で食べよう」と思われ、食事の一部をポケット等に入れ居室に持ち帰り、時間が経過してから食べるなどの腐敗へのリスクが高くなることもあります。

また調理に当たっては、鍋をひっくり返したり、調理中に袖に火が燃え移ったり、油の温度が上がりすぎたり、等々の非常に危険な状況を招く可能性も高くなります。従って、調理に関する安全面への配慮として、ガス調理器を電気や電磁の調理器に変えたり、扱いやすい調理器具を使用するようにしたり、万が一に備えて卓上型の簡易消火器を用意しておくなどの対策が必要になります。

9 食事は水分の摂取に大きく影響する

高齢期になると、またとりわけ女性の方々の中には「トイレが近くなる」ことをもって「水分の摂取を控える」傾向が出てくる方が多く見られます。そういう方の場合、お茶や飲み物を勧めても余り摂取されないことが多いものです。このため、食事での「水分摂取」が重要になってきます。出来るだけ食事の際に水分も十分に摂取できるように（ある意味「知らぬ間に水分を取っている」という状況）配慮し、献立や盛り付け、場合によれば食器の大きさ（湯飲みや汁椀を大きめにするなど）等にも配慮が必要になります。

10 高齢期には味覚の変化が起こりやすい

高齢期になると、基本5味（甘味・塩味・酸味・苦味・旨味）のうち特に「塩味」に対する味覚低下が起こりやすくなります。このため塩味の（あるいは濃い味の）強いものを好み、結果として塩分の過剰摂取が起こります。また服薬による影響で味覚に変化が起こる場合もあります。もともと高齢者は味覚の低下に関しての自覚症状が少ないことが多いので余計に注意が必要になります。併せて高齢期では唾液の分泌が減少しますのでそのことも味覚の変化に影響します。対策としては出汁をしっかり取るなどし、しっかりした味付けにしたり、「見た目（視覚的な）」を良くするような盛り付けなどに気を配ることなどの方法が考えられます。また人によっては「何にでも醤油を掛ける」ような方もいらっしゃいます。こうした場合は、予め「醤油を掛ける」ことを前提に、味付けを「極めて薄い味付け」に始めからしておくなども一つの方法です。

11 食事をとる際の姿勢が変化（悪くなる）する

一般に高齢期になると椅子等への着座姿勢が悪くなる場合があります。所謂「猫背」と言われるような着座姿勢や、反対に「足を投げ出したような浅い着座姿勢」等々では摂食や嚥下に多大な影響を及ぼすこととなります。また身体的な麻痺等のため姿勢が崩れたまま摂食する場合も見られます。こうした摂食中の姿勢にも注意する必要があります。例えば身長が低い人の場合は、椅子に座ると床に踵が着かないことがことがあります。こうした場合は、足の下に低めの「踏み台」等を差し入れ、踵が着くようにしたり、姿勢が崩れる方の場合には、クッションやマットなどを差し込んだり、あるいは肘掛け付きの椅子に座っていただくなどの方法があります。

さて次に認知症高齢者における食事の支援の重要性について見てみましょう。

1 食べ合わせが難しくなる（例：一品食べ、ネコごはん、など）

認知症がある程度深まると食事全般に係る認知理解力も低下します。その結果、例えば「食べ合わせ（主食と副食を食べ合わせるなど）」が難しくなり、一つの器に盛られているものを一度に全部食べてから、次の器に手をつける、といったことが起こりやすくなります。また、うまく食べ方が分からないので、ご飯の上に副食を複数乗せて（所謂、ねこめしの状態）食べるなどの行為が起こる場合が見られます。こうした場合は、一品ずつお出ししたり、同じ食材を2～3回分に小分けにしておいて、何回かに分けてお出しするなどの方法があります。

2 食べ物への認知理解力が低下する

認知症高齢者の場合、認知理解力の全般性の低下が認められるので、「食べものかどうか（食べられるかどうか?）」の見極めが難しくなる方が見られることがあります。そのため食べられない

もの（例：冷凍食品、調理前の食品、痛んでいる食品など）を食べてしまう場合があります。

また時折「食べものに毒が入っている」等の言動（妄想）が見られる方がおられ、そのため摂食を拒否される場合があります。こうした場合は、「ご本人専用のタッパー」等を用意し、蓋をした状態で提供するなどの方法で改善される場合もあります。

また「異食」が起こる場合もあります。こうした場合は、出来るだけ「食べられないものを手の届くところに置かない」等の対策が重要です。「異食」は樟脳や石鹼、歯磨き粉、芳香剤などに及ぶ場合もあります。

3 体調に合わせて食べる量を調整することが困難になる

認知症高齢者の特徴の一つに、短期記憶の障害があります。このため自分が「どのくらいの食事を食べたか」を忘れる場合もあります。（場合によっては、食べたこと自体を忘れる場合も多く見られます）

また併せて自分が例えば、下痢をしたり、反対に便秘になっていたりしても、その状況を上手く記憶できなかったり、あるいは理解が難しかったりして、「自分で食べる量を調整することが難しく」なることもあります。介護に当たる人がご本人の「適量」を日頃から把握しておくことが重要になります。

また所謂「早食い」の方の場合には、自分が食べ終わっても他の人が食べていると、「今、自分が食べ終わった」ことを忘れて食事を要求する場合があります。こうした場合は、食べ終わった食器類をすぐにかたづけずにご本人の前のテーブルにしばらく置いておくなどの方法も有効です。

4 食べ方が分かりにくくなる

認知症が深まると、箸の使い方やフォーク、ナイフ、スプーンなどの適切な使い方を忘れてしまい、その結果食べ方が分からなくなり、「手掴みで食べる」ということも起こる場合があります。そうした場合は、ご本人の対面に座り、食べ方を見ていただいたり（ミラーリング）、その都度説明をして差し上げるなどの方法が有効です。また食材の形状が箸で食べにくい食材などの場合は、予め小さめのスプーンなどを一緒にセットしておき、「スプーンを使ってもいいですよ」等の声をおかけするなどの配慮が重要です。

最も避けるべき支援は「ご本人の好きなように食べていただいている」という理由（言い訳）で、ほったらかしにしておくような「放任」と「自由」を履き違えたような心無い支援はあってはなりません。



5 情緒の不安定により食事への集中が削がれることがある

認知症高齢者の場合、本人の精神的な安定感が生活全般にわたって大きく影響します。従って、食事の場合にも、何らかの不安や心配、あるいは焦躁感や不快感などが大きいと、そのことに意識が集中し、食事の際に集中して食べることが難しくなる場合があります。そのため、食べてはウロウロしたり、食事の手が止まったまま独り言を言ったり、といった場面が起こることがあります。こうした場合には、食事をとる席の工夫などで刺激の量を調整したり、同席するメンバーに配慮するなどの対応が必要になります。勿論基本的にはじっくりとご本人の心情を聴き、適切な対応をすることが最も重要なことですが、食事の場合には、「食べる速さの違う」人が同席するとお互いに落ち着かないことがよく見られます。

入浴における支援の重要性

「入浴」は身体的な「保清」を保つとともに疾患を予防する上で極めて重要な事柄です。また併せて入浴は精神的な情緒の安定をもたらす上でも必要欠くべからざるものです。ただ、一方で「入浴」は行為そのものがある程度の身体的負担感（つまり、ある程度体力を必要とする）を伴うことを忘れてはなりません。更には「入浴中の事故」の6割は「冬場」に起こっており、「冬場」の入浴には細心の注意が必要となります。

では、高齢者にとって入浴における支援の際に重要な事柄について述べます。



まず、一般高齢者における入浴の支援の重要性について見てみましょう。

① 適度な入浴が清潔を保つ

高齢者のみならず、適度な入浴は体の清潔を保つ上では必須のものです。とりわけ、高齢期には身体的不調や心理的な「億劫感」、あるいは体力等の低下により、入浴回数を減らすことも見られます。入浴が適度に行われないと、皮膚疾患の温床となったり、清潔が保ちにくくなったりします。ご本人の心身の状況に合わせた入浴支援が重要です。

② 入浴は疲労の改善につながる

入浴することは単に体の清潔を保つだけが目的ではありません。適切に入浴することで全身の血行が促進され、細胞の新陳代謝が高まります。また、精神的にも副交感神経が刺激され、リラックス効果もあります。こうしたことによって、日々の疲労の改善を図ることができます。

また、麻痺や膝関節症、腰痛などがある方の場合、入浴によって筋肉や患部の痛みや疼痛を和らげる効果も期待できます。

③ めるめのお湯が好ましい

「ぬるめのお湯にゆっくり」つかることで、精神的には副交感神経が刺激され、リラックスすることができます。また「ゆっくり」浸かることで「湯冷め」しにくくする効果もあります。

一方、42度以上の熱めのお湯につかると、急激な血圧上昇や心肺系への負担が大きくなり、心筋梗塞や脳卒中、動脈瘤破裂等を引き起こすリスクが高くなります。入浴の支援を行う上で注意が必要なことです。

※「ぬるめのお湯」とは、一般に「湯温 41 度以下」を言います。



④ 「全身浴」ではなく「半身浴」が望ましい

全身浴では首近くまで湯の中に入るため、お湯の浸透圧の影響を強く受け、体への負担が大きくなります。出来るなら、「半身浴」で体への負担を軽くしながらの入浴が望ましいでしょう。

半身浴で「肩」等が「寒い」場合は、タオルなどを肩にかけ、お湯をかけながら入浴するとよいでしょう。

また入浴で「湯船につかる時間」は概ね 10 分程度までが良いでしょう。

※「半身浴」とは、おおよそ胸の下まで湯につかることを言います。

5 室温の急激な変化がリスクを高める

「冬場」は脱衣室や浴室の温度がかなり低くなっており、体が冷えた状態でいきなり湯船に入ると急激な温度差により体に変調をきたしやすくなります。特に高血圧や動脈硬化、あるいは糖尿病などの疾患のある人は注意が必要です。

入浴前に湯船にお湯をため、浴室のドアを開けて脱衣室も暖まるようにしたり、脱衣室や浴室に暖房をかけるという方法もあります。また、浴室に入ってから、いったん下半身や上半身に「かけ湯」を何度か繰り返して体を温めてから湯船に入るなどの方法も有効です。

6 飲食直後の入浴は避ける

飲食後は少なくとも30分以上は時間をあけてから入浴することが望ましいでしょう。飲食直後は飲食物の消化のために血液や分泌液が内臓を中心に集中しており身体的な負担が高いため時間を空けてからの入浴が良いでしょう。

7 脱水に注意が必要

上述した「全身浴」は「半身浴」に比べ入浴後の体重減少が著しくなります。つまりそれだけ水分を失い、「脱水」になっているということです。いずれにしても「入浴」は体内から水分を奪いますので、入浴後は適切な水分補給が重要です。

また摂取する水分はただの水でもかまいませんが、高齢者の場合、夜間のトイレを心配して十分な水分を取ろうとされない方もおられます。その場合は塩分のある飲み物を摂取することで、夜間の頻尿を抑えることもできます。スポーツドリンクなども有効ですが、市販のスポーツドリンクは浸透圧が若者向きに作られており、高齢者の場合には身体的な負担が大きいため、薄めて飲む方が良いでしょう。

8 保湿並びに乾燥肌に注意

高齢期になると乾燥肌に悩まされる方も多くなります。入浴の際にはナイロントオルなどでゴシゴシすると肌の水分を守っている皮脂を落としすぎてしまうこともあります。体を洗う時には柔らかいタオル等でそっと洗うことが大切です。

また保湿のために保湿成分や油分が入った入浴剤を使うことも効果があります。更に保温のために「塩」をお湯に入れる方法などもあります。

9 その他

最近のお風呂は自動で「湯温設定」がされますが、お湯は配管を通ってくる間に温度が下がったり、稀に機器の不具合も起こります。従って、設定湯温はあくまで「目安」程度に考え、実際には湯船に「湯温計」を入れ、実測することが大切です。こうすることで、不測の事態（熱湯による火傷等）を防ぐことができます。

次に認知症高齢者における入浴の支援の重要性について述べます。

1 お風呂で体を洗うことだけが「入浴」ではない

認知症高齢者の場合、「安心感のある状態」が重要です。従って、「入浴」に関しても、いきなりお風呂場に連れて行って…という状況は好ましくありません。入浴は「入浴の準備」から始まって「脱衣・入浴（洗身・洗髪）・湯船で温まる・更衣・水分補給・くつろぎ」といった一連の流れの中で行われるものです。

大切なことは、「入浴して気持ちよくなる」ということをきちんとご本人に伝え、理解していただいた上で入浴していただくことです。望ましいのは、ご本人が「お風呂に入りたいな」という思いの時に入浴していただくことです。



2 顔や頭に水がかかることを嫌悪することがある

認知症の方々の中には「顔や頭」に水がかかることが嫌いな、あるいは不安な方がおられます。こうした場合は、シャンプーハットを使用したり、顔をタオルで押さえた状態でお湯をかけるなどの配慮が必要になります。

また稀に洗髪をどうしても嫌がられる場合もあります。そうした場合は無理強いせずに、「ドライシャンプー」等を上手く利用して、頭髮の清潔を保つ方法などもあります。

③ 「入浴拒否」は必ずしも「入浴」が嫌なわけではない

認知症の方の中には、実は「入浴」そのものが嫌で「入浴拒否」をしているわけではない場合もあります。ある認知症の方は、入浴が嫌なのではなく、「入浴＝着物を洗濯される＝着物が傷む＝着物は大切にしたい」という理解が本人の中にあり、入浴を拒否していた、ということもあります。拒否の理由は人それぞれです。こうした情報は家族を含めたアセスメントによって情報を得ることで解決される場合も少なくありません。

④ 「入浴」の必要性が十分理解出来ないこともある

認知症高齢者の場合、全般性の認知理解力の低下が起こります。そのため「入浴」そのものの必要性が十分に理解されないこともあります。その場合は、「入浴が何故必要なのか」や「入浴の効果」などについて本人に理解出来るように説明をする必要も起こってきます。また時には職員ではなく、他の利用者の方にご説明していただくなどの方法も有効な場合があります。

更には、入浴ではなく先ず「足浴」をしていただき、その「気持ちよさ」を実感してもらってから、入浴へと繋げる方法などもあります。

⑤ 「入浴」の際の「裸」になることへの羞恥心等への配慮が重要

入浴する場合はどうしても「裸」にならざるを得ません。ところが「裸」になることは、一方で極めて無防備な状態になることでもあります。また、女性の利用者の場合には羞恥心といった面にも配慮が欠かせません。従って「入浴＝裸になる」という行為は極めて本人にとって精神的なあるいは心理的な負担感が高いものであるという事実を十分に理解して関わる必要があります。

また、ご本人が脱衣をする際にもご本人が出来るだけ自分で脱衣できるように援助することで、「脱衣＝脱がされる」という不安感を低減することもできます。最も避けるべきことは、職員が勝手に脱がしてしまうことです。

⑥ 時には「一緒に入浴すること」も必要

上述したように、入浴はある面、心理的な負担感が強いものでもあります。また認知症高齢者の中には「何で私だけが裸になるの?」といった素朴な疑問がわいてくる方もおられます。その場合には「職員が一緒に入る」という選択肢もあります。それによって本人の負担感が軽減される場合もあるからです。

但し、こうした対応を行う場合には、事前に職員同士で了解し合っていることが必要です。

7 「入浴後」の「気持ちよさ」が上手く結び付かない

認知症高齢者の特徴の一つに「抽象的な事柄の理解が上手く出来ない」ということがあります。つまり「入浴＝気持ちよい」という理解が十分出来ない場合があります。その場合、やはり援助者はそのことを本人が理解できるような伝え方で本人に説明する必要があります。

時には昔の「銭湯」の話をしたり、「子供との入浴」の話などをしたりして、認知症の人でも比較的記憶が残っている昔のことを思い出していただくなどの方法もあります。

排泄における支援の重要性について

人間にとって「排泄」という行為は心身の健康を保つ上で極めて重要な事柄です。「排泄」が適切に行われなければ心身に様々な不調が起きてきます。

また一方で「排泄」は羞恥心を伴う行為でもあり、そのことに十分な配慮が求められます。



では、一般高齢者にとっての排泄に係る支援の重要性について述べます。

1 便秘に注意する

便秘は通常の老化の過程で見られるものではなく、病気や不規則な食生活、運動不足などが便秘を引き起こす要因として考えられます。

食物繊維を多く含む食品を摂取したり、運動量を増やすなどの対策を実施し、併せて水分の摂取にも注意すべきです。通常は1日当たり1.5リットルから2リットル程度の水分が必要です。但し、血行や腎臓に病気や障害がある人は主治医に指示を仰ぐことが必要です。

また高齢期になると膀胱容量が若年期に比べ半分程度になるため頻尿になりやすくなります。そのため水分の摂取を極端に控えたりすることが見られるようになり、脱水に至る危険性が高くなります。

2 下痢に注意する

下痢が3日間も継続すると健康面での危険性が高くなります。

一般的には加齢に伴い乳製品に含まれる乳糖を消化しにくくなります。従って本人に乳糖耐性があるかどうかを見極めたり、乳成分を含まない食物などを摂取するなどの方法をとる必要があります。

下痢になった場合には、水分の摂取量を増やし、刺激の少ない食事とし、個形食を控える必要があります。

3 失禁に配慮する

失禁は尿失禁と便失禁に大別されます。便失禁は感染症や下痢、便秘や宿便の結果として引き起こされることが多いので主治医に相談する必要があります。

尿失禁は「尿が僅かに漏れる」程度から、頻繁に多量の排尿をしてしまう障害まで考えられます。腹圧性などで漏れる程度の場合はパット等の対応になりますが、頻繁に多量の失禁がある場合は医師への受診が必要になることもあります。

尿失禁には腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、反射性尿失禁、機能的尿失禁等のタイプがあります。

4 尿量に注意する

女性の場合は尿道が短い（4cm～5cm程度）ので膀胱炎を起こしやすく、高齢になると「おもらし」をしやすくなります。一方男性は尿道が長い（16cm～20cm程度）ので、高齢になると排尿開始まで時間がかかるようになります。更に前立腺が肥大した場合、尿道を圧迫し排尿困難に陥ることもあります。

体の中の不必要な物質を体外に排泄するためには、1日最低500ml以上の排尿が必要です。尿量は水分や塩分の摂取状況、気温や発熱などの様々な要件で変動しますが、通常1日1000ml～1500mlが目安です。

次に認知症高齢者の排泄に関する支援の重要性について述べます。

1 失見当識のため、トイレの場所が不確かになる

認知症高齢者の中核症状の一つに「失見当識」があります。方向や場所、位置などの見当が低下し、自分の居場所が不明確になったり、行くべき方向が不確かになるのものです。そのためトイレへ行くことが出来ず、失禁したり失便したりすることが起こります。トイレの場所を分かりやすく表示したり、そっとトイレへの声かけをするなどの配慮が求められます。

2 頻回なトイレ通い

認知症になると短期記憶の障害が顕著になります。そのため直前の記憶が不確かになり、「トイレに行った直後にまたトイレに行く」という現象が多くの人に見られます。その場合、トイレに行ったことを本人に伝え安心してもらうことが重要になります。ただ、本人が頑固にトイレに行くことを主張する場合には無理に制止しないでトイレに行っていていただくなどの臨機応変な対応が重要になります。認知症の人の中には、「トイレの失敗をしたくない」という思いから、たとえトイレで殆ど排尿がなくても、「トイレに行った」ことで、安心できる方も少なくありません。



3 水分摂取を拒否することがあります

認知症の人でも高齢期に至って失禁等の経験から水分の摂取を抑える傾向が顕著な方が多く見られ、そのことが習慣化し認知症になっても水分をあまり取らない方も見られます。その場合は、一度に多くのお茶や水分の摂取を嫌うことが多いので、何回かに分けて摂取していただいたり、ご本人の好きな飲み物などをお勧めするなどの方法が有効です。それでも必要な水分量が摂取できない場合はゼリーやプリン、あるいはぜんざいや汁粉、甘酒など、水分を多く含んだおやつ的な食品を食べていただくなども有効な方法です。

4 失禁や失便した下着等を隠すことがある

認知症になっても羞恥心や恥ずかしさはきちんと残されています。従って失禁や失便で汚れた下着等を人に見られることが嫌で箆笥や物入れなどに隠すことが見られます。その場合は、ご本人に気付かれないように洗濯したり、場合によっては処分することが必要になります。またトイレで下着等の汚れに気付いた場合は、ご本人の心情を汲み取り、出来る限り丁寧にまた不安や恥ずかしさを感じさせないように対応することが重要です。

5 自分で適切な下着等を選べないことがある

認知症になると判断力の低下や理解力の低下に伴い、適切な下着等が選べなくなることが出てきます。その場合、ご本人の排泄の状況に応じた適切な下着やおむつなどを使用する必要があります。また、日中と夜間とでは尿量等の違いもあり、違ったタイプのパットやはくパンツ等を使用することも起こってきます。日頃からご本人に適切な下着やおむつなどの状況を掴んでおきましょう。