ＫＫＲ仙台東部在宅ケア連絡会勉強会

認知症状のある方との関わり方

認知症の人（本人）を理解しようと努力します。

支援者の役割

認知障害がどの程度か，いつごろからか，生活への支障は何か，具体的に把握します。

認知障害を補うためにどのような方法をとることができるのか考えて対応します。

できることを見つけます。

必要な援助をします。

感情面へ対応します。

家族支援をします。

支援者の関わり

そうですか

いいですよ

そうしましょう

どちらにしますか

気楽に

穏やかに

認知障害

　　認知障害は，最近や昔の出来事を忘れる，錯乱する，言葉を探したり，話を理解する

　のが困難になる，社会生活に適応できなくなるなど，生活のほとんどすべてに影響しま

　す。

|  |
| --- |
| ～認知症～  　後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい，「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。  　以前，治らない場合に使用されていましたが，近年，正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。  　単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や，統合失調症などによる判断力の低下は，認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。 |

|  |
| --- |
| ～認知症の分類～ １　血管性認知症 　　血管性認知症では，障害された部位によって症状は異なり，めまい，しびれ，言  　語障害，知的能力の低下等にはむらがあります。  　　症状が突然出現したり，階段状に悪化したり，変動したりすることがしばしばみら  　れます。また，脳血管障害にかかった経験があったり，高血圧，糖尿病，心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に，歩行障害，手足の麻痺，呂律が回りにくい，パーキンソン症状，転びやすい，排尿障害（頻尿，尿失禁など），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），夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）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。  （１）多発梗塞性認知症広範虚血型  （２）多発脳梗塞型  （３）限局性脳梗塞型  （４）遺伝性血管性認知症  ２　変性性認知症  （１）アルツハイマー型認知症  　　　症状は，徐々に進行する認知障害（記憶障害，見当識障害，学習の障害，注意の  　　障害，空間認知機能，問題解決能力の障害など）であり，社会的に適応できなくな  　　る。重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  　　になる。  　　　階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症  　　と異なり，徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で，被害妄想や幻覚（とく  　　に幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周  　　辺症状）が見られることもあり，介護上大きな困難を伴う。  （２）前頭側頭型認知症（ピック病）  　　　これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など），常同行  　　動（同じ行動を繰り返す），時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。  （３）レビー小体病  　　　認知機能障害を必須に，具体的な幻視（子供が周りを走っている，小動物が走り  　　回っているなど），パーキンソン症状，変動する認知機能障害などの症状が見られ  る。  （４）パーキンソン病  （５）ハンチントン病  ３　感染  （１）クロイツフェルト・ヤコブ病  （２）ＨＩＶ関連認知症  ４　治療可能なもの  （１）慢性硬膜下血腫  （２）正常圧水頭症  （３）甲状腺機能低下症 |

認知障害対応の指針

　障害の確認

　認知障害があれば，以下を順に確認します。

　　　ア　普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。

　　　イ　すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。

　　　ウ　とりとめのない話をすることがあったか。

　　　エ　ぼーっとしている，うつらうつらしている，過敏になっている，など意識に問

　　　　題があったか。

　　　オ　失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，

　　　　などの混乱があったか。

　　　カ　最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶

　　　　障害があったか。

　　　キ　実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違い

　　　　があったか。

　　　ク　落ち着きがない，何かをつかむ，指を鳴らす，急に動く，などの異常に活発な

　　　　状態や，のろのろしている，一点を見続けている，ずっと同じ姿勢でいる，など

　　　　の異常に緩慢な状態があったか。

　　　ケ　昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。

　　③　認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減

　　　らすようなケアサービスを検討して対応します。

　　　ア　認知障害が影響しているＡＤＬなどについて把握します。

　できることを判断します

　　　利用者と家族に，できないことばかり尋ねるのではなく，本人が自分でできること

　　は何か，あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障害のような物

　　忘れは，安心させたり，それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば，

　　メモをする，カレンダーを使う，鍵の置き場所を一定にする、など。）

　以下を確認し，援助の必要性を把握します

　　①　ＡＤＬやＩＡＤＬはどのように自立しているか。

　　　　利用者にとってＡＤＬ，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要な

　　　ことです。食事も排泄も，その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善す

　　　ることがあります。

　　②　認知障害のために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，

　　　火事など問題となる行動が現われているか。

　　　　そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性につ

　　　いての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，

　　　行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行

　　　ないます。

　必要な援助をします

　　①　家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることで

　　　すが，それは依存性を増大させ，自尊心も失わせることにつながる可能性がありま

　　　す。

　　②　失行などにより，一部，行動を代行，援助，介助をする必要があるかもしれませ

　　　んが，高齢者にできる限り長い間，できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもら

　　　うことが目標です。

　　③　行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり，ガス台やストーブの火に

　　　よる火傷，徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

　感情面へ対応します

　　①　軽度や中等度の認知症の高齢者は，自分自身認知能力の低下に対して怒ったり，

　　　落ち込んだり，不安になることがあります。

　　　「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言

　　　われていたことは間違っています。

　　②　ケアの目的は，利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し，精神的負担，

　　　ストレスを少なくすることです。

　　③　認知症の１０～２５％はうつ状態にあり，認知の症状より早く現れる場合があり

　　　ます。

　　　　認知症のほとんどすべての高齢者に，ある時期行動の問題がみられます。認知症

　　　の人の多くは，妄想症を含めて幻覚や妄想，あるいはその両方がみられます。この

　　　ため，認知障害による記憶障害などの症状，行動障害にともなう感情的な面につい

　　　て，家族も含め，専門医との話し合いや，カウンセリングによって十分に対応する

　　　ことが重要です。

　家族支援を行ないます

　　①　情報提供

　　　ア　まず，本人と家族とともに利用者の行動や能力，家族の役割について現実的な

　　　　評価をして対応します。

　　　イ　利用者の認知障害が重症の場合，家族は極端な選択しか残されていないと感じ

　　　　ることがあります（たとえば，日中行動を制限したり，介護施設に入所させる，

　　　　車の鍵を隠してしまう）。

　　　　　必要なことは，家族に対し，利用者の症状の経過や予後，認知症であればどの

　　　　段階にあるか，などの情報を提供することです。

　　　ウ　アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合，家族は以下の

　　　　情報を必要としています。

　　　　a　今後予想されること

　　　　b　残された記憶や判断力に対して，どのような援助をすればよいか

　　　　c　症状に関すること

　　　　d　さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性

　　　　e　多発性脳梗塞性認知症の場合家族は，更なる悪化を防ぐための方法（たとえ

　　　　　ば，血圧のコントロール，運動，ストレス解消など）。

　　②　介護者の健康管理

　　　　家族は長期にわたる２４時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健

　　　康管理をしっかりしなければ，自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

　　③　介護者のストレスを最小限にする

　　　　認知障害の高齢者を介護することは，大きなストレスになりやすいため，認知障

　　　害に合わせた支援や介護，専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中

　　　期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

～認知症の基礎知識～

|  |
| --- |
| １　中心となる症状  　　認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。  　中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。（１）記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。  （２）見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。  （３）知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着て  　　　　いる。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語  （４）実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理がで  　　　　きない。失敗したとわかっても修正できない。  ２　周辺症状（ＢＰＳＤ：行動・心理症状）  　　周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行  　動がみられたりすることがあります。  （１）妄想  　　　しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせを  　　するために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想  　　は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れてい  　　る」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということ  　　もあります。  （２）幻覚  　　　認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」  　　「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られるこ  　　ともあります。  （３）不安  　　　自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今まででき  　　たことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があ  　　ることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対し  　　て防衛的な反応として妄想がみられることもあります。  （４）依存  　　　不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人  　　になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれる  　　ことがあります。  （５）徘徊  　　　認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知  　　症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明にな  　　ったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない  　　徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くは  　　ありません。  （６）攻撃的行動  　　　特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめ  　　ようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二  　　次的に生じる場合もあります。  （７）睡眠障害  　　　認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。  （８）介護への抵抗  　　　理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明  　　日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が  　　苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍  　　くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。  （９）異食・過食  　　　食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口  　　に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、  　　石けん、アイスノンの中身までさまざまです。  （１０）抑うつ状態  　　　意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、  　　うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲  　　しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えること  　　は少ないです。 |

2014.03.12. 宮城県ケアマネジャー協会 小湊 純一。