

認知症のご入居者と共に 生活する手引き

2018 年 6 月

株式会社らいふ 

認知症のご入居者と共に生活する PT プロジェクト

目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 03

第1章 施設における取り組み事例とヒント

- 1. 最も大切なこと・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 04
- 2. 施設における認知症ご入居者の対応事例集・・・・・・・・ 04
- 3. ご家族へのケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33



第2章 中核症状と周辺症状

- 1. 中核症状とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
- 2. 周辺症状とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36

第3章 日頃の備え

- 1. 日常の健康管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
- 2. 認知症高齢者の日常生活自立度とは・・・・・・・・・・・・ 39
- 3. 認知症を詳しく知る・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40



第4章 当社の取り組み

- 1. 認知症の入居者と共に生活するPTを発足・・・・・・・・・・ 42
- 2. ホームページに特設ページを開設・・・・・・・・・・・・ 44
- 3. 減薬プロジェクトを開始・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
- 4. 行政の取り組みにも積極参加・・・・・・・・・・・・・・・・ 47



第5章 認知症の治療～薬物療法と非薬物療法～

- 1. 認知症の診断・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48
- 2. 薬物療法とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48
- 3. 非薬物療法とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
- 4. 関わり方の手法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 53

第6章 参考資料

- 1. 主な認知症の種類・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57
- 2. 行政の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61
- 3. 認知症ケアに関する資格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 64

おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66

はじめに

私が、この業界、そして株式会社らいふに身を転じるきっかけとなったのは、父親の介護そして施設での生活を家族として垣間見たことがきっかけです。脳梗塞・認知症を患い、その施設では長く 8 年ほどお世話になったのですが、ある時思い切って担当の介護職に「大変でしょう。どうして他人の世話ができるのです？」と聞いてみたことがあります。その方は、にこやかに「お父さんは将来の自分です。自分に置き換えています。人が通る道ですから」と言いました。感心させられ父親の顔をマジマジと見ると、確かに自分の老いた姿が投影できました。親子ですから似ていたのは当たり前なのですが。

弊社の理念の一つでもある“高齢介護弱者の救済”で触れている「高齢介護弱者」とは、高齢者の方ご自身のことではなく、高齢者の方を介護する側のご家族、それも「どうすれば良いか分からない、困った」と所謂介護疲れに発展する可能性がある、もしくはその状況に陥ってしまっているご家族のお手伝いをするを指しています。

大切なご家族を自宅で介護したいという気持ちは当然ですが、そういった感情の狭間の中、やむなく施設への入居を選択されるわけです。現場の職員には、まずそのご本人・ご家族の立場になることを教育しています。「目の前にいるご入居者が自分の両親・祖父母だったら」「目の前にいるご入居者は将来の自分自身」と感じることで、毎日のルーティンワークになりがちな介護も、敬いの精神を胸に抱いたうえで介護業務に臨むことができるのだと確信しています。

一方、残念ながら、従業員は経験豊富なベテランばかりではなく、介護未経験の人から老若男女まで様々です。適切な教育の手順を踏まなければ、時折耳にする「介護施設で虐待」といった悲しい状況が生まれてしまいます。介護サービスは、ホテルと同じサービス業でもあります。優しさと敬いの精神だけではなく、入居者の皆様を「お客様」として接し、その秘められたニーズが何かを考え続け、サービスを「させていただく」という姿勢を持つことが、今後益々必要になってくると考えています。

昨年末、社内で「認知症のご入居者と共に生活するプロジェクトチーム」を立ち上げ、定期的なミーティングを行っています。認知症のご入居者の介護はとても大変なのですが、職員への研修のためのマニュアル整備だけではなく、各現場における取組み・工夫の全社共有を一義的目的としながら、認知症カフェ利用や農園療法など多様な社会インフラ、減薬を活用した予防・軽減策の実施、これらの取り組みをご家族の皆様、地域へ発信し啓蒙することも目的としています。

今般、その成果物として、本マニュアルを作成しました。「施設が支える」「地域が支える」「ご家族の心を整える」ためのヒント・工夫として、ご一読いただけることを願っております。

2018 年 6 月
事業責任者 取締役 小林司

第 1 章 施設における取組み事例とヒント

1. 最も大切なこと

認知症のケアで最も大切なことは「急がせないこと」「驚かせないこと」「自尊心を傷つけないこと（ご本人が納得すること）」です。

ご本人を急がせたり、納得できていない状態のままケアをしたりすることは、不安を与え、自尊心を傷つけ、より認知症の進行を進めるきっかけとなってしまいます。

大切なこと

急がせない、驚かせない、自尊心を傷つけない

認知症ではないご入居者も大勢いらっしゃり、四方八方に目を配らなければいけない施設介護で上記の 2 点を実践することは非常に難しいことですが、この「急がせないこと」と「ご本人が納得すること」を大切にケアに臨んで下さい。

2. 施設における認知症ご入居者の対応事例集

症状別に、どのような具体的症状があるのかを実際の事例をもとに見てみましょう。

下記の事例はすべて当社の実際の事例です。

中核症状	①記憶障害	5分ごとに「ご飯食べたかしら」	
	②失語	お久しぶり、は「まー」	
	③失行	食事を目の前にして箸を持たない	
	④失認	業者さんはご友人？	
	⑤見当識障害	場所の見当識障害—ここは栃木県？	
	⑥実行機能障害	作れなくなったおふくろの味	
	⑦理解・判断力の障害	使用後のパットを干す	
周辺症状	心理症状	①不安・焦燥	「ちょっと先生」…呼び止められること一日何回！？
		②幻覚	口を抑えながら「口の中の時計が動くの」
		③妄想	下着が盗まれた！
		④抑うつ・アパシー	着ている服なんて何でもいいわ…
	行動症状	①睡眠障害	昼も夜も 10 分ごとに「おーい」
		②過食・異食・拒食	異食—ティッシュを食べている！！
		③徘徊	欲求的な徘徊—家に帰りたい
		④暴言・暴力	イライラして杖を振り回す
		⑤失禁・不潔行動	紙おむつの中に何度も手を入れる
		⑥拒絶	お風呂なんて入らない！

中核症状 ①記憶障害



5分ごとに「ご飯食べたかしら」

らいふ成城西 Y様 女性 100歳 要介護4

毎食後10分もしないうちに「私ご飯食べたかしら？」と質問されるご入居者。

職員は「はい。召し上がりましたよ」と答える。再び5分も経過しないうちに職員を呼び止め「私ご飯食べたかしら？」と質問をされる。

目の前のテーブルには食べ終わったお膳が置かれているが、ご自身ですべて召し上がったという認識はない様子。

こうしてみましよう

何を召し上がったか分からないというより、「**食べた**」という**行動自体を記憶にとどめておく事ができていない状態**です。

この場合は「もう食べ終わりましたよ」とご本人が認識していない状況を素直にお伝えしても、混乱を招くだけです。

記憶障害の程度にもよりますが、例えば召し上がったメニューを一通りお伝えしてみましよう。口調も問いただすような強い口調ではなく、包み込むように優しい口調でお伝えしましょう。すると「ああ、そうだったわね」と認識される場合もあります。しかし重度の記憶障害の場合は、それでも「食べてない」と答えられます。

そのような時はお茶等の代替品を提供し、時間が経過することで落ち着かれる場合があります。低カロリーのゼリー等をご提供する方法も有効です。

場合によっては、気が逸れるような話題を投げかけてみる方法も有効です。

また、これも周囲の状況に配慮した上での方法ですが、例えば「本日の夕食は18時からです」とご案内しておく、それを読まれたご本人が安心される場合もあります。

ご入居者ごとにベストの対応は異なりますので、ケアマネジャーに相談したり上手な声かけができている他のヘルパーの対応を参考にしてみたりして下さい。

中核症状 ②失語



お久しぶり、は「まー」

らいふ三鷹 M様 女性 86歳 要介護4

そのご入居者は、「お久しぶり」といった言葉がその通りの発音にならず、「まー」の一言で完了します。

身振り手振りで表現することが多いです。「元気でした？」は「あらあ！○×△“#\$%”といった日本語でも外国でもない、言葉としては意味をなさない内容で発語されます。

エントランスに飾ってある花や絵を鑑賞されている際にお声かけすると、恐らく「綺麗ね」とおっしゃりたいと思われそうですが、意味の分からない言葉となって発せられてしまいます。

そして、ご自身が言いたい言葉を口に出すことができず「私バカだから」と繰り返され、自己否定されてしまいました。

こうしてみましよう

入居当時、ご本人が発したい言葉を汲み取る必要がありました。

ご本人が何か物をご覧になっているときは「一緒に見る職員が自分の感想を伝える」「相手の表情を観察しながら発したいであろう言葉を投げかけてみる」といったことを試してみましよう。

ご本人の質問に対して違う答えだったりコミュニケーションが成立しなかったりしたときなどは、ご不満そうな表情になることもあると思いますが、施設生活に慣れればご安心され、症状が落ち着く場合もあります。

中核症状 ③失行



食事を目の前にして箸を持たない

らいふ三鷹 F様 男性 82歳 要介護4

食事の時、食べ方が分からないのか、箸を持とうとされませんでした。

職員対しては笑顔を見せて下さるのですが、職員が「お食事ですよ」「お箸持ちましょう」とお声かけしても、一向に箸を持とうとされません。

職員が箸を手に持たせますが、何をしたらいいのか分からないご様子で、その箸を眺めたり、置いたりしていました。

こうしてみましよう

茶碗を持ってもらい、箸を手に持ってもらい、ご飯を箸で挟み口に含んでもらう一連の動きに職員が手を添えながら対応し、そこでようやくご理解され、ご飯だけを口に含み食べ始めました。

その後職員は、一口目は一連の動作を食事介助で、その後は食べることの意識を持ってもらうために時折、副菜も介助。

その繰り返しによって、何とか自力で摂取できるようになりました。

中核症状 ④失認



業者さんをご友人？

らいふ成城野川緑道 S様 女性 85歳 要介護3

そのご入居者は、施設の玄関にて行き来する宅配業者や、ご自分以外の入居者ご家族などに懐かしそうに声をかけられています。

どうやらご本人は知り合いや家族と認識しているらしく、時折一緒に外へ出られようとする場合もありました。

ご家族や業者の方は慣れたもので、丁寧に話に合わせて下さっていました。

こうしてみましよう

ご本人によると、昔からの知り合いであることを強調されていました。

知り合いだと思って挨拶をしている様子でした。

宅配業者には、職員から認知症であることの事情と合わせて下さっているお礼を伝え、引き続き出入りする少しの間だけ話に付き合ってもらいたいと依頼をしました。

これにより、ご本人も笑顔で話を終わらせ、ご本人から「ではさようなら」と一件落着するようになりました。



中核症状 ⑤見当識障害

場所の見当識障害—ここは栃木県？

らいふ三鷹 N様 女性 87歳 要介護3

東京から30年前に夫と栃木へ移住、5年前から一人暮らしとなり認知症を発症、栃木にて施設入居となりました。

その後子供の住む都内の施設へ入居となりました。栃木の施設では暴言・暴力行為が後を絶たず、入居前の時点では「問題の多いご入居者」との情報でした。

入居初日は、玄関と食堂を行ったり来たりと落ち着かない様子でしたが、2週間もすると生活に慣れたのか、険しい顔から温和な顔が多々見られるようになりました。

しかしその頃から、玄関にて「ここは昔いた所で懐かしいわ」「ここからすぐの所に〇〇があるのよ」等、今いる所の認識が全くできていない発言が確認されるようになりました。

職員が「ここは東京ですよ」とお伝えすると、「違う！」とご立腹されました。

こうしてみましよう

ご本人のおっしゃっていることを否定せず、「そうですね」と同調した対応を行いましょう。

丁寧な言葉遣いと丁寧な対応を心かけた結果、現在は落ち着かれています。

受容することに加え、優しく穏やかに対応することが大事であることを再確認した事例でした。

中核症状 ⑤見当識障害



時間の見当識障害一夜中に「朝ご飯食べなきゃ！」

らいふ成城西 Y様 女性 100歳 要介護3

就寝介助が終わり、皆さんが寝静まった深夜 23 時頃、そのご入居者は慌てて車いすで食堂に向かわれました。

職員が声をかけると「ご飯食べに行かなきゃ」とおっしゃられました。これが夜間中に 3 回前後ありました。

また、夜間だけではなく昼寝が終わり 16 時頃になると食堂に降りてこられ「ご飯に行かなきゃ」と慌てて車いすを自走される姿が多く見られました。

目が覚めるたびに「朝ご飯を食べなければ」というお気持ちでいらっしゃったようです。

こうしてみましよう

「今、何時です。食事は〇〇と〇〇を召し上がりましたよ」とその都度お伝えすると、「ああそうだったわね」と納得されることがあります。

中核症状 ⑥実行機能障害



作れなくなったおふくろの味

らいふホームヘルプサービス T様 女性 84歳 要介護2

こちらは当社訪問介護のご利用者の事例です。

なぜか冷蔵庫の中には油揚げだけが大量に入っていました。

お味噌汁を作ろうと夕食のメニューを決めて必要な食材を買いに行ったはずが、同じ食材ばかり買ってしまったようです。

また、いざ作り慣れた味噌汁を作ろうと思っても長年手に染みついたはずの“いつもの味”を作ることができなくなっていました。

出来上がった味噌汁には油揚げだけがはいっており、味付けも味噌がとても濃い仕上がりとなっていました。

こうしてみましよう

料理や掃除を行う機会がほとんど消失する施設介護では、実行機能障害の有無を判別することは難しいと思われます。

近い例を挙げるとすれば「洗濯物をたたんで重ねて置いて下さい」というお願いに対して「畳めるが重ねて置くことができない」や、おやつ作りのレクで「お好み焼きに入れる野菜を切ってザルに入れて下さい」というお願いに対して「切ることはできたがザルに入れることができず、その野菜を何のために切っているのか分からなくなってしまう」といったものです。

連続した手順を遂行することは、特に実行機能障害が顕著に表れているご入居者にとって非常に困難なことです。

合間に「次はこうしましょう」とサポートすることで難なく手順が完了できる場合があります。ただ見守るだけでなく、その方が「次に何をするか」を見極めながら見守りをしてみましょう。

中核症状 ⑦理解・判断力の障害



収集癖 その1 ～おしぼりは私の物～

らいふ川口 S様 女性 88歳 要介護1

普段は物静かに過ごされ、居室も綺麗に片づけられており、タンスの上は小物が飾ってある。そのため「まさか集めているとは」と、気が付くのが遅くなった事例。

食事のため食堂へお見えになる際は必ず、小さなバックを大事そうに持参されている。

何が入っているのか尋ねても、お答えいただくことはなかったので「きっと秘密にしておきたい大切な物が入っているのだろう」と、職員全員がそう思っていた。

ある時、お食事の時に使うおしぼりタオルの減りが早いのに気が付き何でこんなに減るのが不思議だった。

他の方をみても、特に多めに使用している方はいなかった。S様を見ても、1枚だけであった。

しかし食堂に来る時のバックの大きさと、帰る時の大きさが違うのが気になりS様へ尋ねてみたところ「何も入ってないわよ」と答えるだけであった。

無理に中身を確認するわけにはいかないが、もし残った食べ物を持って帰っていたら腐らせてしまう危険があるため、職員で注意しながら見守ることにした。

すると、自分以外のおしぼりタオルとテーブルにある箱ティッシュを綺麗に畳み、バックに入っていた。

他にも、厨房から「お茶のみカップが戻ってこない」と言われ居室を確認したところ、カップと小さいスプーンが何個も出てきた。

一見、綺麗に片づけられている居室で、洗濯物もご本人へお渡しするとご自身でタンスにしまわれるため、日頃からタンスの中まで職員が確認することはなかった。そのため気がつくのが遅くなった。

もしスプーンではなくフォークや箸だった場合、怪我をされる危険があると実感した事例。

中核症状 ⑦理解・判断力の障害



収集癖 その2 ～マグカップは私の物～

らいふ川口 0様 男性 91歳 要介護2

杖歩行され、物事をハッキリとおっしゃる方。

居室内は物であふれている状態だが、レクに参加され作成した作品や写真は綺麗に飾ってある。

男性だが、可愛い物が好きでお花も大好きな方。習字も好きで、とても上手。居室でも習字を行ったり、読書をしたりしている。

短気で怒ったかと思うと、とびきりの笑顔を見せてくれたりする。感情が豊かで、よくお話しもしてくれる。

食事やお茶の時間が終わると、必ず共用のマグカップを持ち帰られる。

杖歩行のため「危ないから置いて行って下さい」とお伝えしても「大丈夫、部屋で使いたい」と話される。

居室には、既にご自身のマグカップがある。

持ち帰られた共用のマグカップを内緒で回収したが、ご本人は気が付かない。

ある時、居室を確認すると以前と同じように持ち帰られた共用のマグカップがあったため回収しようとしたが、習字の筆が入ってしまっていた。

また、墨入れとして食事で使用する共用の小皿を使っていた。

厨房へ報告し謝罪したが、厨房は「O様ですよ、仕方ないですよ」と笑い飛ばしてくれた。

ある日、エントランスにお花を飾っていたところ、O様がお花を取りエレベーターに乗る所を発見する。

みんなで楽しむためのお花だと説明するが「可愛いから部屋に飾りたい」と懇願されたので、「今回だけよ」と話すと笑顔で頷き嬉しそうに居室に飾られた。

何度となく物がなくなり、居室を確認すると見つかる状態でした。他居室に入って物を取って自分の物のように飾っていた時もありました。

ご家族に報告し、似た物を購入しO様の部屋に置き、他ご入居者様へ返却したこともありました。

中核症状 ⑦理解・判断力の障害



収集癖 その3 ～使用後のパットを干す～

認知症になると、衛生・不衛生の区別がつかなくなります。特に年齢を重ねると「もったいない」という考えがみられるようになります。

その結果、不衛生な物でも「もったいないから」と再利用されたり、失禁してしまい「恥ずかしいから」とタンス等にしまい込んでしまったりされます。

この時に「不衛生な物だから」という認識はできていません。

らいふ川口 K様 女性 100歳 要介護2

トイレに執着され、トイレ後は下着の中に必ずトイレットペーパーを挟み込んでいた。挟み込んでいたトイレットペーパーを綺麗にたたみ、食堂のテーブルの上や居室のタンスにしまっていた。

職員が「汚いから」とお伝えしても耳を貸すことはなかった。ご家族と相談し、トイレットペーパーに代わる物でご本人が納得する物を考えた。

変更してもすぐにはご本人が納得するわけもなく、しばらくは改善できなかった。

しかし3ヶ月ほど経過すると、ご本人が受け入れ可能となった。

らいふ川口 M様 女性 102歳 要介護2

使用後のおむつのパットをトイレの柵に干している。

ご本人は「乾いたらまた使う」とおっしゃる。

職員より乾かないことと、乾いたとしても一度使用した物は汚いことを説明しても、その時は納得されるが、何度も同じ事を繰り返される。

ご家族様に現状をお話したところ、「私たちからも伝えるようにします。見かけたら捨ててください」と協力を得ることができた。

らいふ川口 A様 女性 85歳 要介護2

居室に入ると、尿臭が酷い。

リハビリパンツを汚してはタンスの中や布団の中、トイレ内のリハビリパンツ収納の中など、あらゆる所に隠してしまわれるため、お洋服も衛生な物と着替え後の不衛生な物が混在していた。

ご本人が在室中に確認しようとする怒られるため、ご本人が入浴中等の不在時でなければ確認ができない状態であった。

管理者と看護師よりご家族様に現状をお話しし、洗濯後のお洋服に関しては職員の預かりとすることで、ご理解を得ることができた。

ご家族様のご理解があり協力的であったため、早い対応が可能となった事例。

認知症の症状をご家族様に理解して、受け入れしてもらうことが認知症のケアには不可欠であり、衛生・不衛生の観点からの説明に関しては、看護師からご家族へ行うことで、より説得感につながると実感した事例。

こうしてみましよう

「下着は洗って干す」ということが習慣になっているため、「紙おむつは紙でできていて使い捨てる衣類」という最新の事柄や習慣を受け入れられていないことが原因の一つです。

何度も同じことを繰り返されても、不衛生であることを繰り返し説明し、使用後のおむつやパットは捨てるようにしましょう。

ご高齢の方は「もったいないから」と物を使い捨てずに大切にされる方も多いです。

若かりし時代では使い捨ての紙おむつなどはなく、「おむつ=子供が身につける物」「下着=洗って使う物」が常識なのです。

この記憶が繰り返されているのだとすると、お声かけの方法も「これは布おむつと違ってすぐに破れてしまうので、1回しかもたないのです」「この下着は常に衛生であるようにあえて使い捨て用に作られているのです」といった工夫をしてみると良いかもしれません。



心理症状 ①不安・焦燥

「ちょっと先生」…呼び止められること一日何回!?

らいふ三鷹 I 様 女性 92歳 要介護3

入居されて3ヶ月が過ぎた頃、居室内で転倒され右顔面に大きなアザを作られました。

その頃から、事務所に来られては「娘に電話して下さい」と訴えられるようになりました。
一日の内に何回も来訪されるようになりました。

職員より「娘さんは仕事があるので、お昼頃に電話しましょう」と伝えするもご理解されず訴えを繰り返され、仕方なく娘さんに電話したこともありました。

また職員を「すみません」と呼び止めては「あっ、何でもないわ」と一日中呼び止められたりもされてきました。

こうしてみましよう

強い不安があり、誰かにいつも頼っていたいという気持ちが強くなり、そのため一人になることを嫌い、職員や家族へ常に問いかけようとされているのです。

寂しくないよう、職員側からお声かけをしてみましよう。

また、ご家族には現在の状況を説明し、ご連絡してもいい時間帯を聞いておき、ご本人から電話して欲しいと言われたときは、「お仕事中で〇〇時なら電話に出られるそうなので、それまでお待ち下さい」と具体的にお答えしてみましよう。

表れている症状や相手のご入居者にもよりますが、訴えられている言葉をそのままオウム返しする形で「〇〇なのですね」と答えることで「ちゃんと聞いてくれている」とご安心される場合があります。不安でいっぱいのご本人の気持ちを、まずは受け止めることが大切です。

こちらのご入居者は、少しずつですが「電話して下さい」「ちょっと先生」と訴えられることが少なくなってきました。

ご家族への協力依頼も続け、時間の許す限り面会に来ていただくことをお願いしています。

心理症状 ②幻覚



口を押えながら「口の中の時計が動くの」

らいふ千歳船橋 I様 女性 74歳 要介護1

入居当時、そのご入居者は何度も「あそこに時計がある」と何もかかっていない壁を指さしながら口を抑えていました。

「口はどうされたのですか？」と尋ねると、「時計の針が動くの」と答えられました。

どうやら、その方には壁に時計がかかって見えており、同じ時計が口の中で動いているご様子でした。

こうしてみましよう

まずはご本人の訴えに耳を傾けて受容しましょう。

一緒にご本人が指をさしたほうを見て「あそこに時計があるんですね？」と共感していることを伝えましょう。

この事例のご入居者へは、共感に加えご本人の居室の目の付く所と、支障のない範囲でご本人の主に行動される範囲から時計を外してみたところ、そのような訴えは少なくなりました。

他にも、誰もいない食堂の隅に向かって「あんなにたくさん集まって、賑やかですね」とおっしゃったり、正面に誰も座っていない席に向かって会話をされていたりする事例も挙げられます。

ありもしない物が見えたり聞こえたりした場合、否定をせずにまずは共感することで、ご本人は安心されます。

心理症状 ③妄想



作話 その1 ～下着が盗まれた！～

らいふ成城西 I 様 女性 80 歳 要介護 1

自宅にて独居で生活をされていたが「鍵をなくす」「財布が見つからない」など物忘れが多くなり、ご家族が不安に思い当施設へ問合せが入った。

ご家族が遠方に住んでいることと、ご本人も自宅での生活に不安を感じていた様子だったことから、入居に至った。

物忘れの原因は脳梗塞の後遺症と推測。

入居当初、洗濯物の戻りなどはご自身でタンスにしまわれていた。

ある日、職員が夜間居室巡回すると、ご本人が泣きながら「昨日娘が持ってきてくれた下着が無くなったの。夕方までここにあったのよ。ここには泥棒がいるんじゃないの？」との訴えがあった。

まずはご本人の話を傾聴し、その場は対応した。

翌日、ご家族へ連絡し下着を持ってきたのかの事実確認を行う。

「確かに下着は 5 枚買って持って行った」との返答を頂いたため、ご本人と一緒に居室内を探したところ、タンスの奥から 3 枚見つかった。

またご本人が 2 枚、新品の下着を身に着ていたことが分かった。

ご本人へ説明すると「あら？私タンスにしまった覚えはないけど。誰かが勝手に動かしたのよ」と話された。

こうしてみましよう

ご本人はしまったこと、自分が着たことを覚えていません。

ご本人に対し「〇〇さんがしまったのでしょうか？」と自身に責任があると思わせるような対応はせず、ご本人の言動をまずは受け止め、ご安心いただくために「誰かが動かしたのですね」と同調し、一緒に探すことを試みましょう。

心理症状③ 妄想



作話 その2 ～30万円がなくなった！～

らいふ成城西 I様 女性 80歳 要介護1

その1と同じご入居者。昼食の声かけのため職員が訪問すると、ご本人が居室内を必死に何かを探していた。

「カバンに入れてあった30万円がなくなったの。どうしよう、あとで銀行に行こうと思っていたのに」と訴えがあった。

ご家族へは金銭持込の禁止はお伝えしており、ご本人にも物忘れの症状が確認できていたため、金銭は何も持っていなかった。

ご家族へ状況を伝えると「1円も渡していない」と回答あり。

職員からご本人には「家族へ連絡して来てもらいます。そのあと探しましょう」とお話しし、食事を召し上がってもらった。

しかし食欲はなく、その日は1日元気がなかった。

翌日、ご本人は前日の金銭のことは忘れ、食事も通常通り食べられ、穏やかに過ごされていた。

こうしてみましよう

「ご家族に来てもらいます。その後探しましょう」と安心頂き、食事を勧めたことで混乱を避けることができました。

訴えられている時点では「お金がなくなった」という出来事で、ご本人の頭はいっぱいです。

きちんと対応する旨をお伝えし、ご本人が落ち着かれるまで待ってみましよう。

心理症状 ④抑うつ・アパシー

着ている服なんて何でもいいわ…



らいふ三鷹 H様 女性 86歳 要介護1

数年前にご主人を亡くし、その後うつ病を発症し入院。

退院後は一人暮らしの生活に不安を覚え施設入居となったご入居者です。

入居当時は、話し相手もないこともあり、食事の時だけ居室から出てくるという生活をされていました。

入居の際にご自宅の家財はすべて処分され、わずかな衣類だけを施設に持ち込まれていました。抑うつ状態は薬でコントロールできていますが、身なりに関しては無頓着でアパシー（意欲の低下）がみられていました。

こうしてみましよう

食堂では、話し相手になるようなご入居者の近くに席を作るなどの対応をしてみましよう。

無理強いすることなく、施設内イベントへお誘いしたり、外出イベントへの参加を勧めてみたりしてみましよう。

こちらのご入居者は、当時は身なりに無頓着でしたが、イベントへの参加を通じて身なりへの意識が変化されました。

予定のイベントに合わせて、衣類を自分で買いに行くようになり、そして何より、ご自身でお化粧をされ身ざれいになってきたこと、そして笑顔が多くみられるようになってきたことが大きな変化でした。

症状の度合いにもよりますが、例えば洋服を選ぶことに多少意欲を抱かれた場合であれば、ご自身で選んでもらうことによってその意欲を回復させる手伝いになる場合もあります。

もし選ぶことが難しい場合は、数種類の服を並べる等、選択肢を目の前にご用意することで、意欲を抱いていただけるかもしれません。

行動症状 ①睡眠障害



昼も夜も10分ごとに「おーい」

らいふ三鷹 S様 男性 90歳 要介護4

そのご入居者は日中どなたとも会話をすることなく、一日中車椅子で過ごされていました。そして一日中「おーい」と誰かを呼び続けていました。

これは夜間も同じで、眠ることなく呼び続けていました。

こうしてみましよう

日中の刺激を増やすことにより夜間睡眠できるように環境を見直してみましよう。

この事例では、職員は食堂で過ごされる際にテレビを見て楽しんで頂こうと、ご本人に好きな番組を選んで頂きました。

また、今までは席がテレビの方を向いていなかったのですが、向きをテレビの方に変更しました。さらに、日中は車椅子から椅子へ移って頂くことにしました。

認知症専門医にも受診し、処方薬も見直しを試みたところ、一日中聞こえていた「おーい」はトイレを希望されるときのみとなりました。

場合によっては、失禁等の不快感や痒み等の違和感によって不安になり、その表れで眠れない場合も考えられます。環境以外の原因も、同時に考えてみましよう。

行動症状 ②過食・異食・拒食

異食—ティッシュを食べている！！



らいふ成城西 0様 女性 85歳 要介護3

食事の時にテーブルの上にあるティッシュペーパーを食べているところを職員が目撃し、発覚した事例です。

こうしてみましよう

食堂のテーブルの上にはティッシュをはじめ異食の危険のある物を置かないようにしました。

また、物品庫や汚物室、洗濯室などの薬剤を置いてある場所は必ず施錠するよう徹底し、居室ではベッド周りに物を置かないようにしました。

さらに、このご入居者の義歯はブリッジだったため、ご本人が義歯を誤って捨てたり飲み込んだりしてしまわないよう、食事の時だけ義歯をつける対応をしました。

その結果、異食の危険は大きく減りました。

万が一、窒息や毒性のあるものを異食されている場面を発見した場合は、緊急時の対応手順に沿って、大至急119番、看護師、主治医等に連絡をして下さい。

行動症状 ③徘徊



欲求的な徘徊 一家に帰りたい

らいふ蒲田 W様 女性 78歳 要介護2

入居初日より「帰りたい、帰りたい」と玄関付近から食堂の間を行ったり来たり。

玄関が開こうとすると、足早に玄関ドアに向かい外へ出られようとされていました。急ぐあまり歩行が不安定になることもあり、職員がつきっきりで対応していました。

その後、一週間が経過しても施設生活に慣れるご様子が見られず、転倒予防のために常に職員が見守り続けている状況でした。

こうしてみましよう

「帰らなきゃ。出口はどこ？」と職員へ問いかけられたそのご入居者に対しては「娘様がお見えになりますので、それまで待ちましよう」と回答しました。

すると「そう、娘が来るの？」とご安心されました。そのご入居者のご家族関係や面会、電話等のスケジュールをあらかじめ把握しておくこと、臨機応変に対応することができます。

全職員で回答する内容を統一しておくことも大切です。

そのご入居者が、尋ねる相手によって全然違う答えが返ってきたとすると、かえって不安を覚えてしまうかもしれません。

誰に聞いても「娘様がお見えになりますので、それまで待ちましよう」との答えが返ってくるのが大切なのです。

他の事例です。

夕方頃に帰宅しようとドアの前で仁王立ちをされていた女性ご入居者、やはりご帰宅を希望されておりました。

色々と傾聴する中で、お子様が学校から帰ってくる時間だから夕食の支度をしなければならぬ、子どもを家に一人にはさせられない、という思いが非常に強かったことが分かりました。

このように、“なぜ” ご帰宅を希望されるのか、その理由を知ることも大切かもしれません。

行動症状 ③徘徊



反応的な徘徊—監禁されている！脱出のために歩く

らいふ指扇 T様 男性 85歳 要介護1

85歳の男性ご入居者は入居当時より、帰りたい一心で玄関のドアをこじ開けようとしたり、建物内のありとあらゆるドアを開けようと引っ張ったり押したり叩いたりを繰り返していました。

ある日、汚物処理室の施錠がされていなかったため室内へ入られ、リュックを背負ったまま小窓から脱出しようと試みていらっしゃいました。

しかしリュックが引っかかり職員が発見しました。

こうしてみましよう

ご家族に了承を得て、毎日散歩を実施しました。

ご家族にも時間が許す限りのご面会をお願いし、協力頂きました。

結果、2ヶ月を過ぎた頃から「帰る」とおっしゃられなくなり、穏やかに施設での生活を送れるようになりました。



行動症状 ③徘徊

衝動的な徘徊—とにかく歩きたい

らいふ経堂 S様 女性 82歳 要介護2

そのご入居者は足腰が丈夫で、若かりし頃は何度も山登りをされていたそうです。

いつもニコニコと穏やかなのですが、とにかく一日中歩いていらっっしゃいます。

建物内を歩かれるので、もちろん玄関前も度々訪れます。

ある時、職員とお客様が複数名正面玄関を出入りしていた際、受付でチェックをしていた職員が目を離した隙に正面玄関から外へ出られてしまいました。

ご不在に気が付いたのは1時間以上が経過してからでした。

健脚のご入居者は既に遠方まで歩かれており、無事に保護されたのは実に13時間後の深夜1時でした。

こうしてみましよう

建物内の歩行だけでは「歩きたい」という衝動が消化できないのでは、と判断した職員は、ご家族と相談し1対1の自費サービスであるケアコンシェルを活用することにしました。

サービス内容は「5時間延々と公園を散策する」という内容で、付き添う介助者側が先にスタミナ切れになってしまいそうなほど、とにかくガシガシと歩かれるそうです。

しかしその甲斐あってか、以前までは建物内を歩き回っていらっっしゃったご入居者が、ソワソワしたご様子が減り、食堂内で腰かけられ他のご入居者と会話を楽しんでいるご様子が見られるようになりました。

行動症状 ③徘徊



漫然とした徘徊—目的はないが歩いている

らいふ入間 M様 女性 76歳 要介護2

食事や入浴、就寝のお声かけにはまったく問題なく応じて頂いているご入居者ですが、それ以外の時間は一日中そぞろ歩きで静かにゆっくりと、うつむきながら廊下や共有スペースを歩かれています。

こうしてみましよう

歩かれていること自体によって、外に出られたり他のご入居者に危害を加えたりといった危険は非常に低い状態なので、転倒事故がないように見守りを行い、声かけも積極的に行うようにしています。

行動症状 ④暴言・暴力



暴力 ～杖を振り回す、暴れまわる～

らいふ小田急相模原 C 様 男性 88 歳 要介護 3

戦争中の負傷のため右下肢大腿部より義足の生活。

奥様を亡くされてから 10 年以上独居されていた。以前からアルコール依存として家族への暴力があった。

2 人の息子様は暴力的な父に寄り付かずにはいたが、近所への徘徊と暴言があったため病院へ入院させ、治療終了し「独居では困難」との判断により入居となった。

ご家族同行のもと、入居となったその時は笑顔で「お願いします」と穏やかな表情であった。

食事も食堂にて皆と共に問題なく摂取。歩行に関しては、杖を使用され、少のふらつきはあるものの安定。

しかし一人での外出は危険と判断、ご家族も転倒のリスクや勝手に家に帰ってしまう可能性、飲酒の可能性を考慮し外出は禁止とした。

入居手続きも終わり、ご家族が帰宅。その日の夕方から「外に出してくれ」「外に行きたい」と事務所にいらっしゃった。

傾聴など行い、ご納得されたため居室までご案内するが、数分するとまた事務所にきて、「外に出してくれ」「外に行きたい」と。

このやり取りを数回繰り返し、外も暗くなってきた頃、自動ドアの前で杖を振り上げ、自動ドアを割ろうとされた。

止めに入った職員を突き飛ばそうとした。

翌日朝からも同じ状態を繰り返し、家族にも相談の上医師に相談し、病院へ再入院の依頼をする。

しかし、病院はベッドがいっぱいとのことで断られ、精神病院を何か所もあたったがどの精神病院も受け入れてくれず、電話した病院がここならいいかもと病院を紹介してくるが、そこに連絡するとたらいまわしにされた。

やっと受診を受け入れてくれる病院が見つかったが、受診は 3 日後。

その間、一日中ご本人が起きている時間は「外に出たい」のやり取りが続き、願いが叶わないと分かると杖を振り上げた。

「外に出たいという希望に答えることで落ち着かれるかもしれない」と、職員 2 人で外出を試みた。

どことなく歩きまわり、2 時間すると疲れ車椅子と車で迎えにくるように施設に連絡し、車で施設へ戻る、これを何度か繰り返した。

受診の当日、病院の駐車場にて再び大暴れされ駐車場で叫び、杖を振り回され、駐車場の路面を這いつくばって暴れた。

病院のスタッフが駆けつけ何とか取り押さえ受診したが、その日は病院のベッドがなく入院できず、1 週間後に入院ができることになった。

それまで、毎日同じ事を繰り返しその日を迎えられた。

家族は、この状態を知りできる限り来てはくれたが、家族が来ると安定され、家族は「落ち着いたので、帰ります」と帰宅する。

すると数分後に、自動ドア前での暴力行為が始まる。

環境の変化を受け入れられない、認知症の特徴的な症状である。

環境の変化に慣れてくると、次第に落ち着いてくるため認知症の方が入居すると 1 ヶ月は「帰りたい→ご納得を試みる→すぐ忘れる→帰りたい」を繰り返す。

この対応を繰り返すことで、やっと施設に慣れてはいくことが多いが、暴力行為があると難しい。

ご家族が来ると落ち着く場合が多いため、暴力行為の多くはご家族の来訪頻度が極端に少ないか、「そちらにすべて任せます」と関わりを持って頂けない場合がほとんどである。

こうしてみましよう

ご家族に現状を理解していただき、専門病院での治療について主治医に相談しましょう。

暴力行為が表れてしまうご入居者への対応は、第一に「認知症のどのような症状が引き金で暴力行為に至ってしまうのか」を分析することが大切です。

認知症によって引き起こされる暴力行為を防ぐためには、中核症状と周辺症状を正しく理解することが最初の一步なのです。

施設の契約書には「他者への危害を加えた場合は退居」と注意事項が記されており、暴力行為が表れてしまうと施設での生活が難しくなってしまう場合もあります。

これを防ぐためにも、介護従事者としては可能な限りの認知症ケアを試みましょう。

それでも防げない症状は、残念ですが入居継続が困難であると判断されます。

行動症状 ⑤失禁・不潔行動



不潔行動 ～ベッド上で何度も放尿～

らいふ橋本 E 様 男性 79 歳 要支援 2

近日中に認定調査予定で、現在は要支援 2 だが実際は要介護 2 程度ではないか、との見解あり。
認知機能低下が顕著であった。

昨年から転倒が頻回で、現在も右大腿部や右腕の痛みがあり、湿布対応している。

日常生活は車椅子で自走、食事や口腔も自立だが、排泄に対しては食堂内での失禁やベッド上での放尿を繰り返されている。

そのため一日に 4～5 回の全更衣介助を行っている。夜間はオムツ対応だが、ベッド上での放尿やオムツ外しを繰り返している。

ナースコールも頻回で、多い日では 100 回以上呼び出しされるも、ほぼ用事のないコールとなっている。

定期巡視を強化しなるべく自由に過ごしていただいて、不穏状態にならないよう対応している。

定期巡回での排泄はできているものの、ご自分でトイレに行かれることはないため、放尿行為の対策として排泄介助の回数を増やし、声かけを増やしている。

理念交換が多くなるため、追加料金が発生する状況をご家族へ伝えている。

日中は、室内イベントへの参加により排泄への意識をそらしている。

こうしてみましよう

排便のコントロールを実施しましょう。

これは医師の指示を仰がなければ実施できませんが、例えば下剤（酸化マグネシウムやラキソベロン）の服用時間を「夕方服用＝明け方に大量の排便」という状態であれば、この時間を前倒しにすることで夜間まとまった排便とならないようにして、不潔行為を回避する方法があります。

あらかじめ日中と夜間の排便に関しては、まず普段何時ごろに排泄をされているか把握しておく必要があります。

他の対策としては、夜間の 2 時間おきのオムツ交換を 1 時間おきに変更してみる、という方法も夜間の不潔行為の原因をさぐる助けになります。

結果、不潔行為がまったくなくなっただけではありませんが、一時期よりは落ち着いています。

行動症状 ⑥拒絶



介護拒否 その1 ～ご家族「入浴させていない」と誤解～

らいふ小田原 K様 女性 81歳 要介護2

入居当時は入浴拒否なくスムーズに週2回の入浴が行えていたが、拒否が表れ始め、現在は数ヶ月に1回のみ入浴となっている。

拒否の際は清拭にて代用している。

入浴ができていない状況について、当初ご家族のご理解を頂くことができず「なぜ入れないのか」「なぜ入れてくれないのか」等、複数回苦情を頂いた。

現在は「入浴して頂けるために職員は試行錯誤しています」「入浴拒否される時、時折暴言・暴力もあります」「入浴できない代わりに清拭を行い、お身体の清潔保持には最善を尽くしています」とはっきり伝えた。

徐々に理解して下さることができた。

工夫・対応

- ・ 入浴を仲の良いご入居者と同じ曜日・時間に変更。→開始から数回目までは成功
- ・ 普段午前中入浴を夕方に変更し声かけ。→1回のみでその後は拒否
- ・ 夜勤者が20時頃に声かけ。→1回のみでその後拒否
- ・ 若い男性職員による声かけ。→1回のみでその後拒否
- ・ とにかく多くの職員が何度も声かけ。→「うるさい」とご立腹される
- ・ 入浴介助着を着ていない職員が声かけ。→開始から数回目までは成功
- ・ 「体重測定です」と声かけし浴室まで誘導。→誘導は成功するも入浴は拒否(職員を突き飛ばしダッシュで逃げる)
- ・ 個浴を利用し職員がマンツーマンで入浴。→開始から数回目までは成功
- ・ 親族の方と温泉に出かける。(ご家族対応)→1回のみでその後は拒否
- ・ ご家族と夜、外出し銭湯に連れて行く。→拒否され連れて行けなかったとのこと



行動症状 ⑥拒絶

介護拒否 その2 ～排泄・入浴介助拒否～

らいふ小田原 N様 女性 85歳 要介護1

就寝時や夜間、起床時、日中排泄介助時に拒否がみられる。

日中、固定の職員しかパット交換をさせて頂けない。

夜間は特に拒否が強い。毎朝ベッド上が大量の尿失禁で防水シートをベッド全体に敷いてもマットレスまで汚染する程。

リネン交換に訪室すると「誰かが水をこぼした」とご立腹される。

常に居室は尿臭が強い状態。

汚染したリハビリパンツを居室のタンスにしまい込む。

汚染した衣類はそのままベッドの柵に干す。洗濯のために回収すると不穏になられ「盗まれた」「勝手に持って行かれた」と。

入浴拒否も強く 2,3 週間に 1 回の入浴で固定の職員しか入浴の声かけに成功せず、男性職員が浴室に居ると入ろうともせず、逆にご立腹される。

常に車椅子が尿汚染しており尿臭強いが、ズボンや衣類を購入しても固執して受け付けない。

工夫・対応

- ・ 日中、パット交換を行う。(固定の女性職員のみ)
- ・ 居室には常に 3~5 枚ほど、リハビリパンツとパットを置いていて、いつでもご自身で交換して頂けるようにしている。袋ごと居室に置かない理由は未使用のリハビリパンツやパットを、汚染した物と一緒にタンスにしまい込んでしまうため。
- ・ 日中の訪室時は居室のゴミ箱に汚染したリハビリパンツとパットがないか確認し回収。
- ・ 夕方のコートチェック時にタンスの中に、汚染したリハビリパンツとパットがないか確認し回収。
- ・ 起床時や午前中に毎日リネン交換を実施。
- ・ 入浴拒否もあるため、入浴介助着を着ていない職員が声かけし促す。
- ・ 入浴する際に男性職員は退室してもらう。(最後に入浴することが多い)
- ・ 入浴する際は毎回、車椅子を丸洗いする。(車椅子交換)

ご家族は面会の回数が少なく「そちらでお願いします」が多いため、こまめに電話で連絡し近況報告や相談は行っている。

他には新生活サービスを利用して衣類を買いに出かける促しや、衣類販売で綺麗な衣類を着用して頂けるよう工夫。

「どのようにしたら介助をさせてもらえるか」「どのような声かけが良いのか」など、施設全体で考えて行かなければならない課題だと実感している事例。

こうしてみましよう

現在も入浴への拒否は続いており、解決したとは言いづらい状況です。

しかし入居当時と比べれば、以前よりは入って頂けるようになりました。
忍耐強く、優しくお声かけを続けるしかないのです。

なお、施設では清潔を維持するため週に2回の入浴を基本サービスとして謳っています。

これが拒否によって延期または清拭で代替とした場合、その理由やどう対応したかを記録に残さなければなりません。

3. ご家族へのケア

先日『NHK 介護百人一首』という番組で、以下の短歌が紹介されていました。

病院へ

移りし後の姑^{はは}の部屋

「世話になった」と走り書きして

お嫁様に対し日頃から非常に厳しかった義理のお母様に認知症の症状が確認され始め、自宅での介護が難しくなったため施設へ入居されたそうです。

しばらくして自宅の部屋を片付けていたお嫁様が「世話になった」とだけ書かれた置手紙を発見されました。認知症が発症し始める前に、自分の今後を悟ったかのように書き残していたようです。

その状況を詠んだ短歌です。

お嫁様は、あふれ出る涙をこらえながら「これを目にした瞬間、今までの厳しかった義母の言葉がすべて報われたような気持ちになりました」と語っていました。

今まで厳しかった父母や祖父母が、認知症を発症することで驚くような発言や行動をするようになってしまったら、その家族は大きなショックを受けることでしょう。

そして実の子である自分の顔を見て「どちら様ですか？」と言われた日には…。

そのご家族に代わって、我々は認知症ご入居者のケアに臨むのです。

我々の目の前にいらっしゃるご入居者は“ご入居者”です。

しかし、ご家族にとっては違います。

ご家族の気持ちを知ること、そして寄り添うことも、認知症ご入居者への手厚いケアの一助となると思います。

ケアするべきはご入居者だけでなく、時にはそのご家族も含まれるということを意識しましょう。

第2章 中核症状と周辺症状

脳は複雑な信号を全身に送っている

認知症の原因となる病気は、アルツハイマー病や脳卒中、ピック病など数多くあります。

これらの病気により認知症の症状が多少表れたとしても、生活に支障がない範囲であれば認知症とは診断されません。

しかし生活に支障が出始めると、認知症と診断されます。

つまり 認知症とは「脳の病気などによって認知機能が低下し様々な症状が表れ、生活に支障が出ている状態」のことを指すのです。

脳の認知機能が低下すると、今までできていたことができなくなります。

ロボットの玩具に例えると、インプットされている様々なプログラムを男の子がリモコンで操作します。

男の子が「正面に障害物がない」と判断することにより、リモコンで「右足を前に出す」「左足を前に出す」と操作し、歩かせます。

男の子が「脳」で、リモコンの電波が「神経」、ロボットが「身体」と置き換えて下さい。

認知機能が低下すると、男の子が「正面に障害物があるかないか判断できない」という状態になります。

これにより、ロボット自体には異常がない（＝手足は動く）にも関わらず、前進する（＝日常生活を送る）ことに支障が出てきてしまうのです。



実際の人間の行動は、ロボットとは比較できないほど複雑です。

例えば「お茶を飲む」という動作一つに対し、どれだけの量の情報が脳に入り、脳から手足に情報が送られているのか見てみましょう。

「正面に置かれた物はお茶と認識する」⇒「安全な飲み物」⇒「右手を伸ばす」⇒「熱くないか温度を確かめる」⇒「人差し指と親指でつかむ」⇒「口元まで持ち上げる」⇒「少量が口に入る角度まで傾ける」…ほんの数秒で完了する行為ですが、脳は数えきれない量の情報読み取り、全身へ伝達しているのです。

種類は大きく2つ

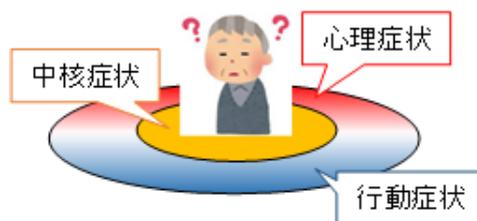
認知症の症状は、大きく2つに分類されます。

中核症状と、それを取り巻く周辺症状です。

周辺症状は英語で BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) と呼びますが、このマニュアル内では周辺症状と呼称します。

周辺症状は大きく心理症状と行動症状に分けられます。

それでは、3つの症状を学んでいきましょう。



1. 中核症状とは

中核症状とは、脳の神経細胞が壊され始め、認知機能が衰えることにより起こる症状を指します。
例えば「指を切ったら出血して痛む」といった直接的な症状です。

アルツハイマー型認知症であれば、脳の神経細胞が死ぬため、脳内のネットワークに障害が発生し、時間や場所、人が分からなくなるのです。

● 主な中核症状

記憶障害	近い記憶とエピソード記憶から失われるので、「さっきまで何をしていたのか」という具体的な行動を忘れてしまいます。
失語	言葉が出てこなかったり、言葉を理解できなかったりします。読み書きができなくなる場合もあります。 これにより、話しかけても相手の言葉をオウム返しにすることしかできなくなる場合があります。
失行	手足の運動機能は問題ないにも関わらず、衣服の着脱や箸等の使い方が分からなくなります。 今まで描くことができた絵を描けなくなります。
失認	視覚も聴覚も問題ないにも関わらず、見えるもの、聞こえるものが何か認識できなくなります。 通い慣れた道でも認識できなくなるため、自宅の近所にも関わらず外出したまま帰宅できなくなります。 鏡に映った自分が誰かを認識できなくなります。
見当識障害	時間や場所を認識できなくなり、①時間②場所③人の順に失われます。 今日が何日なのか、今いる場所がどこなのか分からなくなり、最終的に家族のことも誰なのか認識できなくなります。
実行機能障害	目的のある連続した作業や行動について、計画し自立して有効に実施できなくなることです。 料理をする、掃除をする、買い物をする、トイレで用を足すといった無意識のうちに行っていた段取りができなくなります。
理解・判断力の障害	その場の判断ができなくなったり、抽象的な言葉を理解できなくなったりします。 寒いと感じても「1枚上着を着る」と思いつかなくなります。

2. 周辺症状とは

一方、周辺症状は中核症状に付随して発生する二次的な症状を指します。

例えば「切った指の傷口から細菌が侵入し感染症を引き起こす」といったものです。

周辺症状は、中核症状と異なり必ず発症するとは限りません。

中核症状の種類や本人の気質、もともと患っているその他の疾病や生活環境などの条件が複雑に絡み合っ

て生じます。例えば「介護者に対する暴言」は、その背景に何かしらの中核症状によって、脳内の神経伝達物質量が変化し「怒りが増幅しやすくなっている」ことが想定されます。

● 主な心理症状

不安・焦燥	失敗（食べこぼしや失禁等）が増えるにつれて将来への不安が募りやすくなります。それに伴いイライラして大声を出したりします。
幻覚	「家の中に知らない人がいる」「祖父の声がする」といった幻視・幻聴が表れます。レビー小体型に多くみられます。
妄想	「財布を盗まれた」「食事に毒を盛られた」等の実際にはないことを言い、それを否定できなくなります。 訂正のきかない誤った思い込みを指します。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>物盗られ妄想</u>…アルツハイマー型の女性に多くみられます。中核症状の記憶障害によって引き起こされ、置き忘れやしまい忘れの記憶を何度も思い起こし、それを「盗まれた」と誤認してしまいます。 ➤ <u>嫉妬妄想</u>…レビー小体型に多くみられます。配偶者の不貞行為を確信するような内容の訴えが多いです。 ➤ <u>被害妄想</u>…「嫁が食事を出してくれない」「毒を持っている」といった被害的な内容の訴えです。
抑うつ・アパシー	アパシーとは、無気力や自発性の低下のことを指します。 認知症発症の初期の頃に、その認知機能の低下を本人が自覚してしまい、うつ状態になったり無気力になったりすることがあります。 一日中ぼんやりしたり、何日も同じ服を着用したり、入浴を嫌がったりといった行動に現れます。 食事にも無関心になり、目の前にあっても手を付けなくなることがあります。

● 主な行動症状

睡眠障害	睡眠と覚醒のリズムが狂うことにより発症します。
過食・異食	<p>記憶障害が背景にあります。</p> <p>食べた記憶を失うことにより何度も食べたり、「食べ物かどうか分からない」と誤認した状態のまま食べたりします。</p>
<p>徘徊</p> 	<p>徘徊とは、何の理由もなくウロウロすることを指しますが、認知症により引き起こされる徘徊の多くは何かしらの「理由」があります。</p> <p>比較的初期の頃から出現し、進行と共に頻度も高くなります。</p> <p>徘徊による運動量の増加で体重が減少したり、空間認識を誤り転倒したりといった二次的なリスクも高くなります。</p> <p>徘徊の理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>現在と過去の混同からの徘徊</u>…定年退職した会社に出勤しようとする、幼い子供を迎えに行こうとするといった、現在と過去が混同することによって歩き回る行動です。 ➤ <u>欲求的な徘徊</u>…トイレに行きたい、しかし場所が分からないため歩き回る、といった自分の欲求に基づいて歩き回る行動です。 ➤ <u>反応的な徘徊</u>…ドアに鍵がかけられていることに対し、出口を探そうとしたり抜け出そうとしたりする行動です。 ➤ <u>衝動的な徘徊</u>…道徳的な行動や倫理的な判断ができなくなり、思うがままひたすら歩き続ける行動です。 ➤ <u>漫然とした徘徊</u>…散歩のようにただ漫然と歩いたり、同じ場所を行ったり来たりする行動です。 ➤ <u>意識の変容による徘徊</u>…せん妄や幻覚に対応するため、飛び出そうとする突発的な行動があります。被害妄想に支配されている状態で歩いたり、覚醒していない状態で歩いたりもします。
暴言・暴力	認知症の発症により、初期の頃から怒りっぽさが出てくる場合が多いです。
失禁・不潔行動	<p>排泄物を手で触ったり、オムツの不快感を気にして触ったりします。</p> <p>トイレに失敗し、それを隠そうとする結果である場合もあります。</p>

	<p>様々な原因が絡み合って現れることが多いです。</p> <p>排泄の例では「尿意や便意を感じにくい」「見当識障害のためトイレの場所が分からない」「見当識障害のためトイレ以外の場所をトイレと誤認し排泄する」「実行機能障害のため下着やズボンを下ろせない」等です。</p>
拒絶	<p>介護に抵抗を示したり、非協力的な行動をしたりします。</p> <p>「何をされるのか分からない」と不安を感じ、それを解消することが優先されるために起こります。</p>

なお、行動症状の特徴は大きく「事実の誤り（現実の取り違え）」と「失敗行動」の2つに分類され、この違いを理解しておくことも認知症ケアには必要です。

第3章 日頃の備え

1. 日常の健康管理

高齢者は、生理機能や生活能力の低下に伴い、健康を維持するための予備力も低くなり、疾患に罹りやすいという特徴があります。



特に認知症を発症している場合、痛みや違和感などを的確に訴えることができないケースが多いため、介護職や看護職にとっては「いつもとはどこかが違う」という変化を、いかに迅速かつ的確に察知するかが認知症の進行を食い止める大切なポイントとなります。

そこで、介護職・看護職が見ても同じ水準で認知症高齢者の状態を理解・共有するために、アセスメントの作成が必要となります。



日頃から状態の変化をキャッチし、認知症の進行させる様々なリスクからご入居者を守りましょう。

2. 認知症高齢者の日常生活自立度とは

認知症高齢者の日常生活自立度とは、行政（平成五年十月二十六日老健第一三五号厚生省老人保健福祉局長通知）が定めている全国共通の認知症の判断基準で、ケアマネジャーが認定調査でも用いています。

以下の通り、症状の内容によってレベルが決まっています。

自施設のご入居者の日常生活自立度がどのレベルで認定されているのか、当時の認定調査から現在でどのように変化をしているのか、把握しておきましょう。

	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態
II a	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態
II b	上記II a が家庭内で見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態
III a	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態
III b	上記III a が夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態
IV	日常生活に支障をきたすような症状・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状態
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態

3. 認知症を詳しく知る

加齢による変化の影響を総合的に観察し、認知症ご入居者の日常生活行動の変化を理解しておくことは、その後の薬物療法・非薬物療法を実践するにあたり非常に大切な判断基準となります。

以下に掲げる項目は、認知症ではないご入居者に対しては行うものではありません。

認知症であることを前提とした内容となっています。

この観察項目（アセスメントと呼ぶ）を施設にて実践、他職員と共有し、チームケアにより認知症ご入居者が安心して生活できる環境を提供して下さい。

● 日常生活行動の変化を理解するために観察する項目

出身地	出身地を確認しておくこと、その方の思いでの地名や景色を引き出す“回想法”に活かすことができます。
思い入れのある物・歌	例えば季節構わずいつも着ているセーターに対し「季節感がない」で終わらせてしまうのではなく、「もしかしたら何か思い入れがあるかも」と情報を把握することにより、アプローチの可能性が広がります。 歌であれば、これは“音楽療法”に活かすことができます。
視力	見え方を正しく把握することにより、距離や角度といった、ご本人が「最も見える状態」でアプローチすることができます。
聴力	聞こえ方を正しく把握することにより、ご本人が「最も聞こえる状態」でアプローチすることができます。 補聴器の必要性や現在の使用状況の把握も効果的です。
咀嚼力・嚥下力	噛む力と飲み込む力を正しく把握することにより、スムーズな食事介助や安全で快適な栄養の摂取が可能となります。 義歯の必要性や現在の使用状況等の把握も非常に大切です。
中核症状・周辺症状	認知症と診断された時点での主な中核症状・周辺症状を把握し、現在どのような症状かを把握し続けることが大切です。 これらを把握することで、各症状に対する適切なアプローチを選択することができます。
時間の過ごし方	起床時間や日中の過ごし方・場所、就寝時間を把握することで、現在の生活リズムや過ごし方がご本人の認知症ケアに適しているかどうかを把握することができます。 必ずしも施設での一日のスケジュールに合わせてケアすることが最適なケアとは限りません。

よく発する言葉	ご本人がよく発する言葉を把握することで、なぜその言葉を発するのか、どんな思い入れがあるのかを検討でき、普段とは違う発言内容にも気付けます。
よく会話をする 他ご入居者	認知症が発症すると、他人と会話をするといった社会性が徐々に低下します。これを防ぐため、例えば「A様はB様といつも親しげに会話をしているな」と把握しておけば、その環境の維持に努めることで社会性の低下を防ぐことができます。
家族の来訪頻度	<p>残念ながら認知症の進行により娘を母と誤認したり、赤の他人だと誤認したりもします。</p> <p>しかし、それでも家族の存在は特別です。 その来訪頻度を把握することにより、来訪時に共有すべき内容を事前に整理できます。</p> <p>毎日来ているご家族には「昨晚のご様子は〇〇でした」とお伝えできますし、月に数回程度のご家族には「今月のご様子は〇〇で、特に〇〇の時は〇〇なご様子でした」となります。</p> <p>来られない場合でも、手紙等での情報発信手段を整備しておきましょう。</p> <p>これによりご家族に心の準備が整い、安心して面会・情報共有することができます。</p>

参考 観察項目のチェックシート

1 枚目



【基本情報】氏名や要介護度、日常生活自立度を記入します。

【認知症の種別・状態】認知症の種別と中核症状、BPSDを記入します。

【服薬の状況】現在服用している薬の名称を記入します。

【時間の過ごし方・場所】日中どの様に過ごされているかを記入します。

【生活歴や人柄・特徴】上記以外の非薬物療法に必要な本人に関する生活歴等の情報を記入します。

2 枚目



【視力】見え方やメガネの有無を記入します。

【聴力】聞こえ方や補聴器の有無を記入します。

【咀嚼力】義歯の有無や食事形態を記入します。

【家族の来訪頻度】家族の来訪頻度を記入します。

第4章 当社の取り組み

1. 認知症の入居者と共に生活するPTを発足

この冊子は、当社にて平成29年に発足した「認知症の入居者と共に生活するPT（プロジェクトチーム）」（以下認知症PTと記載）での取り組みによって生み出されました。

平成30年5月2日
小林尚徳 敬
内部監査チーム
西島 幸人

認知症PT進捗報告 その1（概要編）

昨年12月より発足となった認知症PTについて、概要及び本日より現在の進捗を以下の通り報告いたします。別途、各チームの取り組み内容については「進捗報告 その2」として報告いたします。

1. 認知症PTの目的

①従業員への共感と納得感醸成

- 認知症ご入居者へのケアについて事例を挙げ検討、共有する。
- 認知症マニュアルを作成し継続的に研修を行える基礎を作る。

②認知症啓蒙活動と当社プレゼンスアップ

- 地域の資本を活用し地域及び社会貢献を目指す。
- ご家族満足度及び納得感を向上させる。

③減業効果の実証及び家族・地域発信

- 専門医との共同により2施設で実証を行い、その結果を論文発表する。
- 専門医との対談をウェブ発信しプレゼンスアップを図る。

2. 認知症PT運用の手順

【手順①】各施設からPTメンバーを招集（主任及びリーダー、またはそれに準ずるクラスの従業員）。一部は明監からアサインしています。

PTメンバーリスト

所属	エリア	氏名	職種	役職名
本社	神奈川	和田 守正	施設長	施設長
小田原	神奈川	越前 純治	介護係	主任
成城野川棟	東京	梅川 香子	施設長	施設長
千歳島津	東京	神山 孝志	施設長	本部長
佐倉	東京	松村 悠	施設長	副本部長
鎌倉	部下・埼玉支部	大熊 持子	ケアマネ	主任
大槻	部下・埼玉支部	高野 健太	介護係	主任
津波	部下・埼玉支部	佐土 佳子	施設長	施設長
川口	部下・埼玉支部	北田 美子	施設長	施設長

所属/性別	部下・埼玉支部	巻崎 香津	介護係	主任
本社	本社	小林 明	施設係	施設係
本社	本社	藤山 正行	介護係	本部長
本社	本社	西島 幸人	介護係	本部長

※平成30年3月1日現在

【手順②】毎月別にPTメンバーを3つのチームへ分け、毎月ミーティングを開催し進捗を共有。各チームのテーマ及び担当

チーム・テーマ	担当者
Aチーム「マニュアル作成」	小林、西島
Bチーム「施設における認知症ご入居者対応の改善と工夫の可視化」	神山、北田
Cチーム「認知症との共生と見守り行動（外出編）の可視化」	松村、越前、高野、巻崎
Dチーム「看護職として出奔すること、アドバイスの可視化」	北田、梅川
Eチーム「ケアマネとして出奔すること、アドバイスの可視化」	大熊
Fチーム「メディア・発信関係」	小林、藤山、西島

ミーティングスケジュール

第1回
-開催日：平成30年12月9日
-「PT立ち上げの意義と概要の共有」

第2回
-開催日：平成30年1月12日
-「PTメンバーの顔合わせとテーマ及び具体的なToDoの共有」

第3回
-開催日：平成30年2月9日
-「各チームの取り組み発表①」

第4回
-開催日：平成30年2月22日
-「各チームの取り組み発表②」

【手順③】平成30年2月末にて第一フェーズとして一旦完了、取りまとめを行い第二フェーズへの準備を整えます。
各チームの取り組み内容については別途報告いたします。

以上

認知症PTの進捗報告書

1. 認知症PTの目的

①従業員への共感と納得感醸成

- 認知症ご入居者へのケアについて事例を挙げ検討、共有する。
- 認知症マニュアルを作成し継続的に研修を行える基礎を作る。

②認知症啓蒙活動と当社プレゼンスアップ

- 地域の資本を活用し地域及び社会貢献を目指す。
- ご家族満足度及び納得感を向上させる。

③減業効果の実証及び家族・地域発信

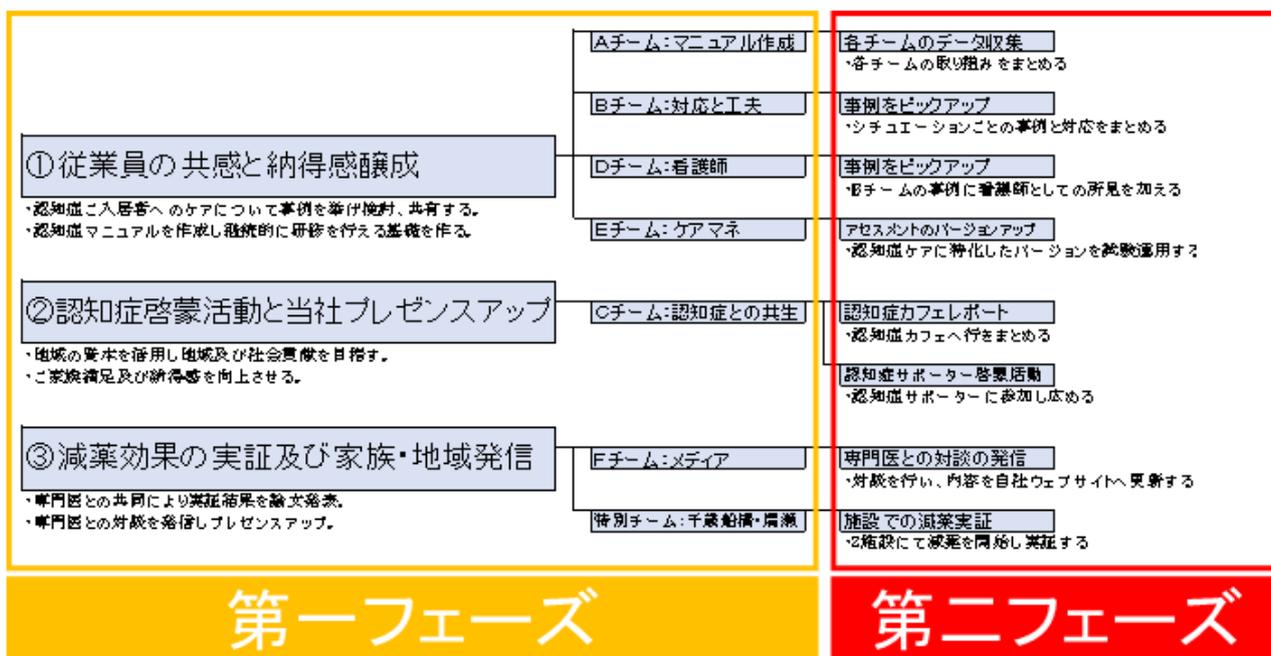
- 専門医との共同により2施設で実証を行い、その結果を論文発表する。
- 専門医との対談をウェブ発信しプレゼンスアップを図る。

認知症PTは各施設から選出された職員によって構成され、「マニュアル作成」「事例」「地域との連携」「看護師」「ケアマネ」「メディア」の6つのチームに分かれ、先の目的を持って活動しています。

認知症PTの目的

■活動は第二フェーズへ突入

認知症PTは、平成30年2月までの活動を第一フェーズとして一旦完了し、現在は第二フェーズに向けての準備を進めています。



■全施設の全職員へ活動を周知

認知症PTでの活動は、社内の全施設に対しても情報共有を行っております。

第609号 株式会社らいふ

本社機能強化PT News

認知症の入居者と共に生活するPT

ミーティング開催！！ 2月23日開催 チーム別の続・中間報告!!

Aチーム マニュアル

このマニュアルは、最終的にはご家族の認知症予防にも活かしてほしいという思いがあります。ご家族にも分かりやすく編集するよう検討しました。

明日からでも使えそうな工夫や取り組みが多数共有されました。

Bチーム 対応の事例

先週からさらに件数・内容共に踏み込んだ発表を行いました。他チームからの事例提供もあり！引き続き多様な事例の収集を進めています。

Cチーム 共生

前は農園でしたが、今回は認知症の方の利用を目的とした地域の“オレンジカフェ”を特集しました。

Dチーム 看護師

引き続き、様々な事例を集め発表しました。今後は看護師としての所見を加え、内容を深めていく予定です。

Eチーム ケアマネ

認知症予防に有効な複数の取り組みを写真付の資料で発表しました。すぐに自施設でも使える内容が多数！とても参考になりました。

Fチーム メディア

専門医との対談に備えた原稿策定を動めました。

今回のPTで第一フェーズが完了となります！一旦各チームの取り組みを文章にしてまとめる予定です。

各チームのメンバーは、PT当日までに課せられた課題を自分の施設で検討し、それを持ち寄って発表に臨みます。

他施設での対応事例の共有や工夫している点を発表し合うことで、ベテランの介護職員や看護師でも「それはいいことを聞いた！」と毎回とても勉強になっている様子でした。

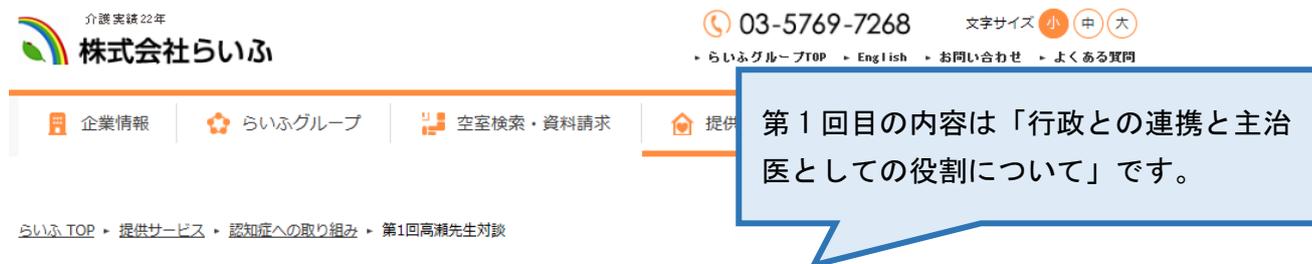
活動の結果は、当社が展開している関東の40以上ある全施設の全職員へ「本社機能強化PT News」という社内広報誌にて逐一報告しています。

2. ホームページに特設ページを開設

第二フェーズのうち、既に活動を開始しているものもあります。当社ホームページへの認知症専門医との対談がその一つで、認知症への取り組みとして特設ページを開設し、掲載しています。

複数回にわたる連載となっておりますので、ぜひご覧下さい。

■第1回



【たかせクリニック高瀬理事との対談】第1回 行政との連携と主治医としての役割について

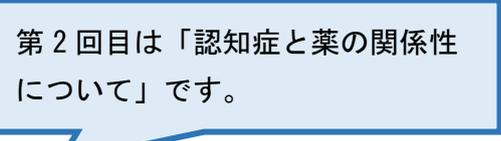


認知力・記憶力・判断力が低下していく認知症—。
現在、高齢者の5人に1人が認知症と診断されています。
しかし、いまだに特効薬はなく、適切なケアにはある程度の知識と技術が必要です。

認知症の医療の権威である高瀬義昌先生と弊社取締役の小林の対談を3回に亘り掲載します。

今回のテーマは「行政との連携と主治医としての役割について」。
大変有意義な対談となりました。

——小林：介護保険法により定められ、一部は税金によって運営されている介護施設にとって、行政との連携は不可欠。高瀬先生は**医師として行政との連携をどのように行っていますか。**



■第2回

【たかせクリニック高瀬理事との対談】第2回 認知症と薬の関係性について



認知力・記憶力・判断力が低下していく認知症—。
現在、高齢者の5人に1人が認知症と診断されています。
しかし、いまだに特効薬はなく、適切なケアにはある程度の知識と技術が必要です。

認知症の医療の権威である高瀬義昌先生と弊社取締役の小林の対談を3回に亘り掲載します。

今回のテーマは「認知症と薬の関係」。
その全文をご覧ください。

——小林：認知症ケアは介護者の声かけや接し方が非常に大切です。これは適切な薬が処方されていることが前提なのだと思います。しかし介護職の多くは、医師ほどに薬の知識、特に認知症にはどんな薬があってどのような効果があるのか、それを知る機会は決して多くないのです。ぜひ**認知症と薬剤の関係を教えてください。**

当社ホームページ「認知症への取り組み」より

3. 減薬プロジェクトを開始

認知症 PT の第二フェーズでは、6つのチーム以外に特別チーム（千歳船橋・清瀬・梅屋敷）を設け、減薬に関する取り組みも開始に向けて準備を進めています。



03-5769-7268

文字サイズ 小 中 大

・らいふグループTOP ・ English ・ お問い合わせ ・ よくある質問

企業情報

らいふグループ

空室検索・資料請求

提供サービス

ブログ

採用情報

らいふ TOP ・ 提供サービス ・ 認知症への取り組み ・ 減薬に向けた取り組み

減薬に向けた取り組み

現在、厚生労働省が策定している「高齢者の医薬品適正使用のガイドライン」に則り、指定医療機関との連携により、医薬品の適正な使用に関し全社を挙げて取り組んでいます。

超高齢社会の突入に際し、高齢者に対する薬物療法の需要は益々高まっています。その一方で、加齢に伴う生理的変化により、薬物動態や薬物反応が一般人とは異なること、また、複数の疾患の治療のために投与された薬剤同士で薬物相互作用が起こりやすいという現状があります。

このことについて、らいふでは現在、指定医とともに認知症治療の権威である

ホームページでも取り組み内容の
広告を掲載中。

「安全な薬剤選択」「多剤併用の回避」「服用頻度の提言」は、ご入居者のQOLを確保するという前提のもと、コスト・ミニマム、パフォーマンス・マキシマムを掲げています。

これらの取り組みにより、介護サービスのより一層の品質向上を実現し、ご入居者の安心・安全な生活を提供致します。

当社ホームページ「認知症の取り組み」より

右は、厚生労働省のホームページです。

現在、厚生労働省にて策定が進められている「**高齢者医薬品適正使用ガイドライン**」を踏まえ、当社でも薬剤の適正化を進めていくため、このプロジェクトが開始されています。

回数	開催日	議題等	議事録／議事要旨
第7回	2018年5月7日 (平成30年5月7日)	(1)高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)案のバロメータ結果について (2)高齢者の医薬品適正使用の指針(詳細編)のあり方について (3)構成員等からの情報提供 (4)その他	-
平成29年度 第8回	2018年3月9日 (平成30年3月9日)	(1)高齢者の医薬品適正使用の指針案について (2)構成員等からの情報提供 (3)その他	議事録
平成29年度 第9回	2017年12月22日 (平成29年12月22日)	(1)高齢者医薬品適正使用ガイドラインの骨子案について (2)構成員等からの情報提供 (3)その他	議事録
平成29年度 第4回	2017年10月30日 (平成29年10月30日)	(1)構成員等からの情報提供 (2)その他	議事録

■ご家族へもご案内を送付

特別チームでの減薬の取り組みは、既に開始されています。

減薬が厚生労働省も推進している取り組みであること、そしてこの取り組みを認知症専門医との協力のもとで進めていることを、施設のご家族向けにもご案内を行い、減薬によって認知症の症状の緩和もしくは改善を目指しています。

2018年4月吉日

ご入居者ご家族の皆様へ

株式会社 らいふ
取締役 事業責任者 小林 可

医薬品適正使用に関するお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。弊社業務に関しましては、平素より格別のご高配を賜り有難く厚く御礼申し上げます。

さて、今般当社は、現在厚生労働省が策定しております「高齢者の医薬品適正使用のガイドライン」に則り、指定医療機関との連携により、医薬品の適正な使用に関し全社を挙げて取り組んで参ります。

超高齢化社会の突入に際し、高齢者に対する薬物療法の需要は益々高まっている一方、加齢に伴う生理的变化により、薬物動態や薬物反応が一般成人とは異なること、また複数の疾患の治療のために投与された薬剤同士で薬物相互作用

認知症に関する正しい知識や接し方、減薬の取り組みによる変化を肌で感じて頂きたいという思いで、ご家族の皆様に取り組みの内容を周知しています。

つきましては、「安全な薬剤選択」「多剤併用の回避」「服薬頻度の提言」は、ご入居者のQOLを確保するという前提のもと、コスト・ミニマム、パフォーマンス・マキシマムをここに掲げます。

これら取組みにより、介護サービスのより一層の品質向上を実現し、ご入居者様の安心・安全な生活を提供いたします。

なお、本件取組みに関しましては、大手調剤薬局 みよの台薬局グループのアドバイザリーもありますことを申し添えます。

皆様におかれましては、何卒倍旧のご支援・ご厚情を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

お問い合わせ先：ホームステーションらいふ千歳船橋
施設長 神山 春恵 電話番号：03-5426-1181

ご家族へのご案内内容

4. 行政の取り組みにも積極参加

行政が推奨する認知症予防の推進事業に「新オレンジプラン」と呼ばれるものがあります。この中のいくつかは、当社は既に参加しており、今後もその取り組みへの積極参加を推進する予定です。

例えば認知症ケアの専門家である資格「認知症介護実践者研修」は複数の取得者を輩出しており、認知症カフェという地域に施設を開放する取り組みでは、川越の施設が「オレンジカフェ」として毎月地域の皆様との交流の場として開催しています。

また、各市区町村が主催する講演会等にも積極的に参加し、持ち帰り施設職員への研修の材料として活用しています。積極参加の一例として、大田区のシンポジウム出席と川越のオレンジカフェについてご紹介します。

■大田区のシンポジウムに出席



大田区で開催された認知症ケアについて学ぶシンポジウムに、当社職員の有志が参加してきました。

他業種の関係者も多く集まる100名以上の大規模なイベントで、著名人2名による講演と、小グループに分かれて認知症への取り組みについて参加者が討議を行うワークが行われました。



グループワークでは、当社の新生活サービスの取り組みが非常に高い関心を集め、テーブルには「この活動はどうやったの?」「私の施設ではここまで積極的に外出は企画していなかった」と、他業種の皆様の人だかりができていました。

■らいふ川越ではオレンジカフェを開催

らいふ川越では、1階のラウンジスペースを開放し、毎月第3火曜日にオレンジカフェと呼ばれるカフェを開催しています。地域のケアマネが主体となり、特に認知症の方が気軽に利用できる施設として、地域に貢献しています。



この日はウクレレ演奏会です。爽やかな音色と歌声が響きます。

吹き抜けのラウンジが気持ちよさそうですね。



仲良しのお二人が折り紙で装飾を作っていました。

決まった日時に開催されるので、お茶飲み友達が増えたという方もいらっしゃるかと。

第5章 認知症の治療～薬物療法と非薬物療法～

1. 認知症の診断

前項でも記したとおり、認知症とは認知症とは「脳の病気などによって認知機能が低下し様々な症状が表れ、生活に支障が出ている状態」のことを指します。

しかし、実はご自宅でも施設でも同じことが言えますが、「明らかに認知症の症状が表れている方＝認知症と診断された方」ではありません。

明らかに認知症の症状が表れていても、認知症外来等で受診をして、医師から「認知症です」と診断されていない場合は、厳密には「認知症と診断された方」とは呼びません。

この場合は「疑いのある方」となります。

誰でも簡単に認知症かどうかをチェックするシートがあります。

これは物忘れの度合いを測る尺度として用いられるものですが、その点数が低かったからといって「あなたは認知症」とは決められず、診断するのは医師です。

病院にて血液検査や脳検査、医師の問診も踏まえたうえで、医師が総合的に診断して初めて「認知症です」と診断されます。

この冊子では、認知症と診断された方も疑いの方も含めた形で、総合的なケアの手法を記していますが、診断をされているかいないか、の違いは理解しておきましょう。

2. 薬物療法とは

認知症に対する特効薬と呼べるものは、残念ながらまだ世に生み出されていません。



しかし、抗認知症薬と総称する進行を予防する・遅らせることが立証された薬は複数あり、現在の認知症ご入居者の多くが服用しています。

● 主な抗認知症薬

商品名	対象レベル	作用	服用方法	主な副作用
アリセプト	軽・中・重	アセチルコリンを分解酵素から守る	錠剤、細粒、口腔内崩壊錠、ゼリー剤（1回/日）	食欲減退、吐き気
レミニール	軽・中・重	アセチルコリンを分解酵素から守る	錠剤、口腔内崩壊錠、内用液（2回/日）	吐き気、嘔吐
イクセロンパッチ	軽・中・重	アセチルコリンを分	貼り薬（1回/日）	貼った箇所の赤

リバスタッチパッチ		解酵素から守る		みや痒み
メモリー	軽・ 中 ・ 重	上昇し過ぎる脳内グルタミン酸刺激の抑制	錠剤（1回/日）	めまい、便秘

どの薬も少量から服用を開始し、1～2週間様子を見ます。

効果を確認し副作用に配慮しながら、段階的に増量し、最も効果が確認された時点で、その量を定量として服用します。

これは抗認知症薬に定められたルールで、「増量規程」と呼びます。

抗認知症薬の効果が期待できるのは中核症状に対してです。

薬物療法では、中核症状の治療を行い、それでも抑えられない周辺症状に対し対策を講じる、という流れが基本です。

それに対し、周辺症状に対する薬物療法の場合、主に向精神薬が処方されます。

しかしその効果によって足元がふらつき、転倒の原因にもなります。

活動を制限するというリスクを理解し、慎重なアセスメントとモニタリングを行い、主治医からご家族に対し十分な説明と同意を行ったうえでの投与の開始が求められます。

介護者も、その薬の種類や作用、副作用をきちんと理解しておきましょう。

● 主な向精神薬

抗不安薬	抑うつ・アパシーに対して処方される場合がありますが、過鎮静や転倒、認知機能低下といった副作用のリスクが高まるため注意します。
睡眠導入薬	薬の種類により半減期（血中濃度が半分になるまでに要する時間）が大きく異なります。持続時間に注意します。 主な薬剤名：ゾルピデム（2.5h）、ゾピクロン（3.5-6.5h）、エスゾピクロン（5.1h）、クアゼパム（25-41h）
抗うつ薬	うつ症状や食行動の異常等に対し処方されますが、最も転倒リスクが高い種別の薬と言われているため、十分に注意します。
精神病薬	焦燥や暴力行為といった症状に対し処方されますが、過鎮静や転倒、嚥下障害、無表情といった副作用があります。

● ご入居者の服薬状況を知る

皆さんは、認知症ご入居者が毎日どんな薬を服用しているか意識したことがありますか？

薬に関する基礎知識を身につけたら、次は各ご入居者がどんな薬をどれくらい服用しており、それがなぜ処方されたのか、服用していることによって現在どういう状態なのか、これらを把握するように努めましょう。

● 処方内容が変わったときの注意点

薬物療法の開始前後や処方される薬の量が変わった時は、特に気を付けて認知症ご入居者を観察するようにしましょう。

チェックポイント

- ▶ 日中の過ごし方が変わったか？
- ▶ 夜間の睡眠状態や日中の覚醒状況は変わったか？
- ▶ 食事の摂取量や摂取状況は変わったか？
- ▶ パーキンソン症状の有無は？
- ▶ 転倒しやすくなったか？



何か変化が生じた時は、他職員やケアマネと情報を共有し、アセスメントの見直しが必要かどうかを検討しましょう。

また、往診時等にその変化を医師に伝えるようにしましょう。

医師は毎日ご入居者の状態を目の当たりにしているわけではありません。

そのため、皆さんの“気付き”が頼りです。

その報告が、今後の処方変更の参考になるかもしれません。

3. 非薬物療法とは

文字通り、認知症予防薬を使用せずに認知症の症状を遅らせる、または改善させる療法（関わり方の手法）を指し、中核症状に有効な薬物療法とは異なり周辺症状に有効とされています。

なぜ有効かという、周辺症状の発現は身体的あるいは環境的要因が関与している可能性が高いと言われているためです。

周辺症状に対しては、その対応の第一選択は薬を用いた治療よりも非薬物療法が原則、と謳われています。

非薬物療法では、何かを見聞きする、道具を用いて作業をするといった行為により五感を刺激し、脳神経を活性化もしくは安定化させ認知症の進行を防ぎます。

しかし科学的には立証されておらず、必ずしも以下に挙げているアプローチを実践したからといって改善されるとは限りません。

医師の判断に基づき薬が処方され、薬を飲みながらその経過を観察することと同じく、この非薬物療法により「何が適したアプローチか」を検討し、継続させることが大切です。

例えば「A様の好きな音楽は“青い山脈”のようだ」「まずは毎日 10 時のお茶の時間に当時の録音をヘッドホンで聴いて頂こう」「反応があれば他の曲も試してみよう」といった具合です。

一度実践して終わり、ではなく、その療法を行った結果現れた反応を観察し、次にどのようなアプローチを行うか、また継続させるためにはどうすれば良いかを検討しましょう。

くれぐれも無理やり参加させ嫌がられないように、また意気込み過ぎて「全員毎日やりましょう！」と職員たちが疲れてしまわないように配慮することも大切です。

● 非薬物療法の種類

<p>リアリティー・オリエンテーション</p> <p>時間や場所等をご本人が理解できるようさりげなく支援する手法です。 「今日は 5 月 1 日です」といった呼びかけを行うことが一般的です。 食事前の口上や献立紹介時に取り入れている施設も多いとは思いますが、集団では誰がどれだけ理解したか分かりにくいいため、認知症ご入居者に対し個別に行うことも有効です。</p>	
<p>回想法</p> <p>若い頃の記憶、いわゆる遠隔記憶は、認知症の方でも比較的残存していることが多く、この特性を利用した心理療法です。 手続き記憶も残っていることが多いため、当時使用していた道具に触れたり、当時の写真を見たりしながら、当時の生活や思い出を感じたり話したりして頂くことで、脳神経の活性化につながります。</p>	

<p>音楽療法</p> <p>音楽は「目覚めの芸術」と言われており、立証されてはいませんが脳がどれほど委縮しても好きな歌の記憶が失われるケースは稀のようです。そのため、活力の失われている認知症ご入居者であっても、音楽を聴くことによって当時を思い出し、脳が活性化されることがあります。思い入れのある歌や曲をご本人に聴いて頂きましょう。</p>	
<p>運動療法</p> <p>有酸素運動や筋トレ、リズムに合わせた軽い体操等を通じ、身体機能を向上させ脳の活性化を図る療法です。日頃の体操を例に挙げれば、食事前のパタカラ体操や座ったままできるストレッチ体操、平行棒での歩行等があります。認知症のご入居者が理解できる方法を工夫しましょう。</p>	
<p>作業療法</p> <p>手芸や工芸、園芸等の制作活動や、料理の下ごしらえ等の生活動作の訓練により心身の機能向上・活性化を図る療法です。こちらも運動療法と同様に、集団で行う場合は認知症のご入居者が理解できる工夫を講じる必要があります。また、道具の取扱いや誤飲・誤食のリスクに注意が必要となります。</p>	
<p>芸術・絵画療法</p> <p>絵を描いたり立体作品を作ったり、芸術作品を鑑賞したりすることで脳の活性化や心の安定化が図れます。</p>	
<p>アロマセラピー</p> <p>心地よい香りとタッチケアから、オキシトシンやセロトニンが分泌され、自律神経が整えられることによりストレスの軽減が図れます。香りと結びついた過去の記憶を呼び覚ます効果も期待できます。</p>	
<p>動物介在療法（アニマルセラピー）</p> <p>専門家の指導のもとでセラピー用にトレーニングを積んだ動物との触れ合いにより、表情の変化や精神的な安定が期待できる療法です。動物が好きなご入居者や動物を飼っていたご入居者に適しています。</p>	

4. 関わり方の手法

主な関わり方の手法を3つ紹介します。「これが一番良い」ではなく、各種法の基本を理解し、そのご入居者に最も適したアプローチ方法はどれが良いかを検討することが大切です。

また、例えばユマニチュードを1から10まで徹底的に全認知症ご入居者へ、と意気込み過ぎることもお勧めしません。

長く続けられなければ意味がないので、まずは誰か1名を選び、どれかの手法の一つだけを実践、そこから少しずつ深めてみる、といった段階的な方法をお勧めします。

前項で紹介した非薬物療法とこの項で紹介する3つの関わり方の手法は、残念ながら現時点では改善や回復が約束されたものではありません。

せっきくの取り組み内容も明確な数値化がしづらく、評価が難しいことも課題です。

そのため、取り組みの結果を正確に、多くの方に分かるよう記録を残すことも大切なポイントの一つです。

それでは、次のページより以下の三つの関わり方の手法を学んでいきましょう。

ユマニチュード

フランス発！！

体育教師が考案した、最も認知症ケアに適した内容との呼び声高いケアの技法

バリデーション

アメリカ発！！

まずは相手を認め、聞くことに特化したコミュニケーション技法

パーソン・センタード・ケア

イギリス発！！

個性や人生、尊厳としっかり向き合うことを第一としたケアの理念

■ユマニチュード

～ “不動” は健康の退化、生きているものは動くー。体育教師の思想から生まれたケア技法～

フランスの体育学の教師であるイヴ・ジネスト氏とロゼット・マレスコッティ氏によって作り上げられたケアの技法です。ユマニチュードの由来はヒューマン、つまり“人間 (humane) らしさ”を尊重する、です。

「見る」「話す」「触れる」「立つ」の4つの柱を組み合わせながらケアを行います。

更に、このケアを行うにあたっては「出会いの準備」「ケアの準備」「知覚の連結」「感情の固定」「再開の約束」の5つのステップを踏みながらケアを行います。

たったこれだけの行為により、認知症高齢者に劇的な反応の変化が見られる、とされています。

4つの柱

見る	話す	触れる	立つ
----	----	-----	----

5つのステップ

ステップ① 出会いの準備	自分（介護者）の存在を知らせるステップ。 居室へノックして入室し、会話を交わすといったアクション。
ステップ② ケアの準備	次に、ケアを実施するためにその準備をするステップ。
ステップ③ 知覚の連結	いわゆる排泄介助といったケアを実施するステップ。
ステップ④ 感情の固定	気持ち悪いところはないですか？ゆっくり休んで下さい、といった気持を確認するためのステップ。
ステップ⑤ 再開の約束	また伺います、またお会いしましょう、といったお声かけを行ったうえでお別れするステップ。

このステップ“だけ”ならば、皆さんの中でも実践できている方はいるかもしれません。

しかし4つの柱を同時に行おうとすると、とても高度なテクニックであることが分かります。

例えば「見る」を例に挙げても、「アイコンタクト後は2秒以内に話しかける」といった具体的な手順が定められているのです。

このユマニチュードは「最も認知症ケアに適した関わり方の手法」とも言われており、既に10か国以上の医療機関や介護施設で導入されているという実績があります。

参考文献：本多美和子 イヴ・ジネスト『ユマニチュード入門』

■バリデーション

～まずは相手を認め、聞くことから。傾聴と共感のアプローチ～

アメリカのソーシャルワーカーであるナオミ・フェイル氏によって提唱されたコミュニケーション技法です。

バリデーション (Validation) とは、主に「確認」を意味し、IT の分野で用いられることも多い英語です。介護の分野では「一般の人には理解できない行動等もすべて受容するコミュニケーション技法」や「バリデーション療法」という意味で用いられています。

傾聴により共感の姿勢を相手に伝えることで、症状の改善を図ります。

認知症の人は言葉を理解しているわけではないが自分の話を「聞いてくれる人」「そうでない人」の理解はしている、との前提に基づき、傾聴により相手が安心し、コミュニケーションが円滑になるといったものです。

実践の目安として、1日のうちに5分から10分程度、この傾聴を行います。

繰り返すうちに問題行動の回数は減っていくとされています。

例えば、症状に幻視が確認されているご入居者が「誰かが部屋にいる」と訴えられた際、「部屋にだれかがいるのですね」と言葉を繰り返します。また、そのご入居者によって「どんな服を着ていましたか?」「怖かったですね。以前にも怖い思いをされたのですか?」と聞いたりします。

こうした会話の中で、時には人生の苦労を語り、失望や不安を聞かせて下さったりすることが期待できます。

「誰かが認知症ご入居者の気持ちを分かってくれたら問題行動は消える」というのがバリデーションの基本的な考えです。

■ パーソン・センタード・ケア

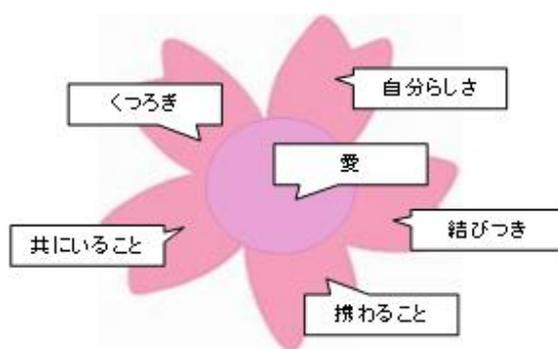
～業務優先を撤廃した、その人中心のケア理念～

イギリスの臨床心理士であるトム・キットウッド氏が提唱したケアの理念です。

パーソン・センタード・ケア (Person Centred Care) とは、認知症高齢者の個性や人生、尊厳としっかり向き合うことで、介護施設や介護者中心ではなく、その名の通り“その人を中心とした最善のケア”を目指す理念のことです。

パーソン・センタード・ケアでは、認知症ご入居者の心理的ニーズについて「愛」を中心として、それを取り巻く 5 枚の花びらで表現します。

くつろぎ	痛みや不快感がなく、心身共にゆったりしていたいと感じること。
自分らしさ	自分の生き様・生き方そのもので、ご本人独自の習慣や嗜好、思考。
結びつき	ご本人が持っている価値観やこだわりで、懐かしいと感じる物や気持ちが落ち着く物。
携わること	自分でやれることは、できる限り自分でやりたいと感じること。
共にいること	社会から排除されず、他の人たちと自分が一緒にいようとする事。



また、「ご本人が清潔かつ安全な環境にいることだけが大切なことではなく、ご本人の“個性”と向き合うことが大切」とも謳っています。

個性と向き合うためには「その人がどう感じているか」を、ケアする周囲の皆が理解し、ご本人を支えようとする事が大切ということです。

第6章 参考資料

1. 主な認知症の種類

認知症の中で、最も多いのはアルツハイマー型認知症です。

次に多いのが血管性認知症です。

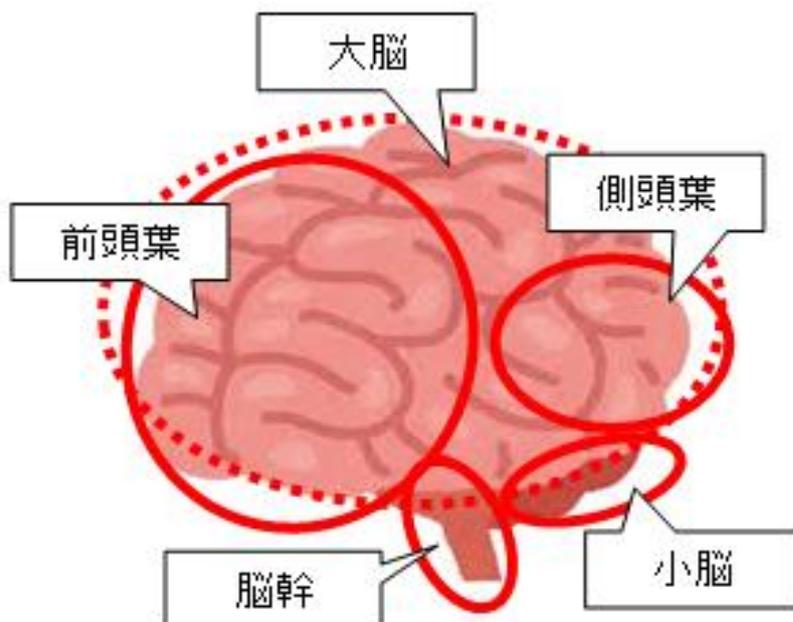
発見しやすくなったことによりレビー小体型認知症も増えつつあります。

それぞれの症状が合併することもあります。

これらの認知症は、主に原因となる何らかの病気によって脳の神経細胞が変性することによって発現する「変性疾患」です。

緩やかに進行するものや、段階的に進行するものがあります。

早い段階で正しい診断を受けることと、適切な治療を開始することが求められます。



■アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症は、大脳全体が大きく萎縮するタイプの認知症です。

萎縮の始まりは、短期記憶や見当識障害をつかさどる海馬を含む側頭葉からです。
そのため、初期の段階から極端な物忘れや見当識障害が目立ちます。

進行はゆるやかに初期・中期・後期と変化します。

脳の萎縮の原因は、たんぱく質のゴミの蓄積です。

たんぱく質のゴミには数種類あり、その一つが「アミロイドβ（ベータ）」です。

健康な状態であれば日々分解されて消えるものですが、何らかの原因で分解しきれずに脳の神経細胞の外に蓄積されてしまいます。

もう一つが「リン酸化タウたんぱく」です。

神経細胞の中に糸くず状に蓄積され、これが神経細胞を破壊します。

これらのゴミがなぜ蓄積されてしまうかは解明されていませんが、進行を遅らせる薬や治療法があるため、早期の発見と治療の開始が重要です。

段階	中核症状	周辺症状
初期	<ul style="list-style-type: none">● 短期記憶を中心とした記憶障害● 日付や時間が分からない● 料理等の日常作業で失敗が増える	<ul style="list-style-type: none">● 物盗られ妄想● 意欲の低下
中期	<ul style="list-style-type: none">● 記憶障害の進行（長期記憶も）● 会話能力や理解力の低下● 洋服の着脱や入浴に介助が必要● 通り慣れた道で迷子になる	<ul style="list-style-type: none">● 徘徊● 暴言● 妄想や幻覚
後期	<ul style="list-style-type: none">● 家族や自分が分からない● 会話能力の喪失● 睡眠リズムが乱れる、寝たきりになる	中核症状の悪化に伴い、周辺症状は減少する。

■血管性認知症

血管性認知症とは、脳梗塞や脳出血等の総称である脳卒中によって引き起こされるタイプの認知症です。

脳卒中では脳の血管が詰まり、それにより脳や体内に酸素や栄養が行き届かなくなり、脳神経細胞が死んでしまいます。

アルツハイマー型認知症のようにゆっくり進行するのではなく、発作が起きるたびに段階的に悪化していくことが特徴です。

血圧や血流のコントロールにより、症状の悪化を防止することも可能です。

初期の段階では記憶障害は目立たず、手足のしびれや麻痺、抑うつ、意欲の低下等が表れやすく、「話せない」「歩けない」といった症状も比較的初期に表れる傾向があります。

また、理解力があるのに新しいことを記憶できないといった症状も表れます。

脳卒中のたびに認知症が進行するため、その発作を起こさないことが治療の中心となります。

定期的な運動や食習慣の見直しが重要です。

■レビー小体型認知症

レビー小体とは、もともとパーキンソン病の患者の脳幹で発見された異常たんぱく質のことです。

パーキンソン病の場合、レビー小体は脳幹のみに発生しますが、これが大脳皮質等に発生したり広がったりした場合に、神経細胞が壊されて認知症となります。

脳全体の委縮は軽いのですが、パーキンソン病特有の「筋肉のこわばり」「手足の震え」「動作が遅い」といった症状が出やすいです。

最初にパーキンソン病と診断されることも少なくありません。

女性よりは男性に多い傾向があります。

他の特徴として、初期の段階で幻視が表れる場合があります。

「部屋の隅に子供がいる」「かわいい猫がいる」と具体的に見えるという特徴があります。

他には眠りながら大声で叫んだり暴れたりすることや、めまいや発汗、排尿障害等の自律神経に関わる症状もあります。

レビー小体型認知症は記憶障害があまり目立ちません。

そのため初期の段階では認知症とは気づきづらいため、この幻視に注目する必要があります。

アルツハイマー型認知症に使われる薬(アリセプト)がレビー小体型認知症でも保険適用になり、症状を落ち着かせる効果があります。

パーキンソン病の特徴となっている症状に対しては、パーキンソン病薬を使用します。

幻視に対しては、頭ごなしの否定はせず、同意でも否定でもない「そうなんですね、見えるんですね」と言葉を受け入れるような受け答えを心がけましょう。

■前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は、その名の通り前頭葉や側頭葉が委縮するタイプの認知症です。

神経細胞内にピック球という異常構造物が出現することにより発症する「ピック病」が原因で発症する場合があります。

この認知症で最も問題となる点が、前頭葉に障害を受けるという点です。

前頭葉は、脳全体の司令塔ともいえる部位で、喜怒哀楽の感情や規律を守るといった人間性を支えています。

ここの機能が低下すると、人格が変わってしまったような症状が表れます。

65歳未満の若年層に多い傾向があります。

症状としては「落ち着きがなくなる」「だらしなくなる」「暴力的になる」等です。

これらに罪悪感の意識は生じません。

また、同じ行動を繰り返す「常道行動」も多くみられます。

同じ行動を習慣化させているために、急な変化に対応できず行動を止められることを嫌がります。

見当識障害はないため道に迷うことはめったにありません。

側頭葉に症状が強く出る場合、言語に異常が見られます。

現段階で効果的な薬物療法はありません。

そのため、介護職が症状の特性を理解しケアすることが推奨されています。

2. 行政の取り組み

■新オレンジプラン

厚労省が認知症に対し掲げている施策の名称です。

正式には認知症施策推進総合戦略と呼び、以下の7つの柱を掲げています。

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

社会全体で認知症の人を支える基盤として、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンや認知症サポーターの養成、学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進など、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進を図ります。

主な政策

施設職員、本社職員が順次参加中！

【認知症サポーター】

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにします。

主な政策

研修修了者配置施設あり！

【かかりつけ医の認知症対応力向上研修】【認知症介護実践者研修等】【認知症サポート医】【認知症疾患医療センター】【認知症初期集中支援チーム】【病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修】【BPSDガイドライン】【認知症ケアパス】【認知症地域支援推進員】

3. 若年性認知症施策の強化

若年性認知症の人については就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きい主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって複数介護になる等の特徴があることから、居場所づくり・就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を講じていきます。

主な政策

【全国若年性認知症コールセンター】【若年性認知症ハンドブック／ガイドブック】【若年性認知症施策を推進するための意見交換会】

4. 認知症の人の介護者への支援

高齢化の進展に伴って認知症の人が増えていくことが見込まれる中、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。

主な政策

らいふ川越にて実践中！

【認知症カフェ】

5. 認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群と言われる中、高齢者全体にとっ

て暮らしやすい環境を整備することが、認知症の人が暮らしやすい地域づくりに繋がると考えられ、生活支援（ソフト面）、生活しやすい環境の整備（ハード面）、就労・社会参加支援及び安全確保の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進に取り組んでいます。

6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発

認知症をきたす疾患それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）を起こすメカニズムの解明を通じて、認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進を図ります。

また、研究開発により効果が確認されたものについては速やかに普及に向けた取組を行います。

なお、認知症に係る研究開発及びその成果の普及の推進に当たっては、「健康・医療戦略」（平成 26 年 7 月 22 日閣議決定）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成 26 年 7 月 22 日健康・医療戦略推進本部決定）に基づき取り組みます。

7. 認知症の人やその家族の視点の重視

これまでの認知症施策は、ともすれば、認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったとの観点から、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーン（再掲）のほか、初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援、認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

■認知症サポーターキャラバン

認知症サポーターとは、特定非営利活動法人「地域ケア政策ネットワーク全国キャラバンメイト連絡協議会」が実施する「認知症サポーターキャラバン事業」における認知症サポーター養成講座を受講・修了した者を称する名称です。

認知症サポーターになったからといって、何かをしなければならないということはありません。

サポーターは認知症を正しく理解し、認知症の人や、その人を取り巻く家族の良き理解者たりうる存在です。

サポーター各自が出来る範囲での活動でも構いません。

また認知症サポーターからは、地域の高齢者や認知症(予備軍を含む)の人々を見守る事が多いという観点から、地域活性の担い手、リーダーが誕生する事も今後期待されています。

認知症サポーター養成講座は、都道府県及び市町村の認知症対策窓口や高齢者支援を担当する課にて開催の受付を行っています。

開催には概ね 10 人以上の参加人員を集められる「地域住民・職域・学校・団体・企業などの従事者」であればどなたでも受講できます。

受講料は無料です。

講座は、基本的には専用のテキストを使用し 60～90 分間を目安に行われます。

主な内容

「認知症とはどのようなものか」「認知症の症状について(中核症状と周辺症状)」「認知症の診断や治療について」「認知症予防について」「認知症の方に接する時の心構えと介護者の気持ちの理解について」「認知症サポーターにできることとは?」



参加者はサポーターの証として
“オレンジリング”がもらえる

講師は「キャラバンメイト」と呼ばれる人が務めます。

キャラバンメイトとは、同養成研修を受講・修了した医療従事者や介護従事者、民生委員・行政職員等を指し、認知症サポーター養成講座の講師および企画・立案・開催する役割を担います。

原則、ボランティアとしての活動となります。

認知症の方や家族が、地域での生活を安全に穏やかに営むために一人でも多くの方に認知症の事を知って頂き、サポーター(=応援者)となって頂きたいと願っております。

引用「認知症ねっと」<https://info.ninchisho.net/care/c150> 参考「認知症サポーターキャラバン」<http://www.caravanmate.com/>

なお、平成 30 年 5 月の習慣高齢者住宅新聞によると、認知症サポーターの取得者数は 1,000 万人を突破したそうです。

3. 認知症ケアに関する資格

■ 認知症介護実践者研修

～施設によっては指定基準や加算にも含まれる、行政お墨付きの資格～

試験内容	6 日間の講義・演習、2 週間の自施設での実習
受験資格	以下の全てを満たしていること 1. 認知症介護に関して、介護福祉士と同等の知識を習得していること 2. 原則として、認知症高齢者の介護に関する経験が 2 年程度以上あること 3. 各施設・事業所において介護・看護のチームリーダー（主任・副主任・ユニットリーダーなど）の立場にあるか、近い将来そうなることが具体的に予定されていること
受験料・更新料	無料
試験実施月	年間 20 回開催
主催	各都道府県

各都道府県市区町村が、認知症に関する知識や技術を専門的に学べる「認知症介護実践者研修」という資格取得の窓口を設けています。

経験豊富な専門職が講師を務め、最先端の認知症に関する知識を得られる場合もあり、自身の飛躍に大きく貢献するものです。

受験資格やそれに伴う施設からの推薦が必要となるため、費用さえ払えば誰でも受験できる資格制度とは異なります。

非常に狭き門ではありますが、認知症ケアに携わる者としてはぜひとも取得しておきたい資格の一つです。

参考「東京都福祉保健局」http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koza/ninchi/kenshu_info.html

実践者研修以外にも、民間の各機関で認知症に関する専門知識を取得する方法があります。学べる内容は資格により様々ですが、認知症を学習できるという点では同じです。

自分に必要だと感じた資格を選び、チャレンジしてみたいかどうか。

■認知症ケア専門士

～知名度ナンバーワン。高い知識が身に付くプロ志向～

上級!!

試験内容	筆記試験＋論述・面接
受験資格	3年以上認知症ケアの実務経験がある人
受験料・更新料	11,000円 ・ 10,000円（5年毎に更新が必要）
試験実施月	7月
合格率	47.9%（2013年）
メリット	学術的に高いレベルの専門性が身に付く
デメリット	費用が高額、5年毎の更新が必須
主催	一般社団法人 日本認知症ケア学会

■認知症ライフパートナー

～注目のアクティビティ・ケアの知識など、コミュニケーションに重点～

中級!!

試験内容	筆記試験
受験資格	特になし
受験料・更新料	3級…5,500円、2級…8,800円 ・ なし
試験実施月	7月、12月
合格率	3級（旧基礎）…68.7%、2級（旧応用）…58.9%（2014年度）
メリット	アクティビティ・ケア等の実践的な専門知識が身に付く
デメリット	資格の知名度が低い
主催	一般社団法人 日本認知症コミュニケーション協議会

■認知症介助士

～2014年に新設されたばかりの資格。初心者にも易しい入門系資格～

初級!!

試験内容	筆記試験
受験資格	特になし
受験料・更新料	3,240円 ・ なし
試験実施月	1月、3月、5月、7月、9月、11月
メリット	手軽に資格取得できる、費用負担少ない
デメリット	資格の知名度が低い
主催	公益財団法人日本ケアフィット共育機構

認知症介助士は、2014年に新設されたばかりの新しい認知症の資格です。

受験料も3,240円と安く、2ヵ月に1度の頻度で開催されており、何度でも再受験も可能です。

試験内容もマークシート30問で完結しているということで、必要最低限の知識を押さえて資格取得したいという人に最適です。

参考「認知症ねっと」<https://info.ninchisho.net/care/c150>

おわりに

介護者は考える杖

フランスの思想家であるブレイズ・パスカル氏は、その死後出版された断片集『パンセ』の中で“人間は考える葦（あし）である”と述べています。

自然界の中でも弱々しい存在である葦でも、考えることでいくらでも強くなれる、といった意味合いを含んでいるようです。

介護に関する多くの書籍を出版している三好春樹氏は、パスカル氏に倣って（？）“介護者は考える杖”と述べています。

杖は、その持ち主が操作することによって歩行を支え、日常生活の支援として力を発揮します。

もちろん介護者は道具ではないので、自ら考えます。

“杖”の持ち主であるご入居者の支えとなり、その手に自らの手を添え、食堂に行くことが認識できない場合は「そろそろ朝食になりますので、一緒に食堂へ参りましょうか」と共に歩いてゆく存在です。

段差があれば「気を付けて下さいね」と声をかけ、注意を促すことができます。

ご入居者がご自分で歩くことができそうな場合は、ゆっくり手を放し見守りしながら付き添うことができます。

このマニュアルに目を通しながら、皆さんは誰かしらの認知症ご入居者を思い浮かべることができたでしょうか。

もし、思い浮かべたご入居者に対しマニュアルの中で学んだことを実践したとしたら、どのような反応が現れるでしょうか。

より笑顔や生きる力が多く見られるようになったとしたら、素敵なことだと思いませんか？

認知症ご入居者が今まで以上に安心して過ごせる他、その経験を重ねることにより皆さん自身の代えがたいスキルにつながることも事実です。

ぜひとも一人でも多くの認知症ご入居者への関わりを深め、一人でも多くの認知症ご入居者の笑顔と生きる力を増やしてみてください。

以上

