

# 良い認知症ケアとは？

## 医療・福祉職ができること

府中よりそいクリニック

青柳 宇以

どうして認知症の診療、看護、介護は難しいのか？

どうして医療・介護職は専門でなくても認知症について知っておく必要があるのか？

それは、認知症が(初期を除けば)「病識」がない疾患だから！

病識があれば、その人にかかる医療・看護・介護の労力はうんと軽くなります(自分で考えて、動いて、協力してくれます)。

さらに、認知症は「診断して治療しても治癒せず、進行し続ける」疾患です。どんな名医が正しい診断を付けても、それだけでは「もの忘れのせいで困ること」は解決しないどころか、日に日に増えていきます。

そして多くの認知症の人が、身体疾患を合併しています。今や認知症は、医療介護職であれば当たり前に出会うものであり、専門家だけが抱えられる限度をとっくに超えています。

# 1. 認知症についての基礎知識：おさらい

# 「認知症」の定義

いったん発達した知能が、脳の障害により失われ、その結果、社会生活や日常生活に支障が出ている状態です。

## 代表的な症状

- 記憶の障害
- 失語 (ことばが出てこない)
- 失認 (見えている/聞こえているのに分からない)
- 失行 (電化製品などの使い方を忘れる)

# 認知症の主な原因は2種類



脳の血管が破れたり詰まったりして、神経細胞が死んでしまう



脳に「ゴミ」がたまって、その部分の神経細胞が傷んでしまう

# 認知症の原因

## 脳の神経細胞が異常に 変化するもの

### 神経変性疾患による認知症

- ・アルツハイマー型認知症
- ・レビー小体型認知症
- ・前頭側頭型認知症 …など

## 脳梗塞、脳出血によるもの

### 血管性認知症

脳の血管の障害により、脳の神経細胞が障害される

## その他の脳の病気

- ・脳腫瘍
- ・正常圧水頭症
- ・硬膜下血腫、頭部外傷 など

## 神経の感染症

- ・脳炎
- ・神経梅毒
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病など

## その他

- ・甲状腺疾患
- ・アルコール中毒
- ・ビタミン欠乏 …など

# “治療可能な”認知症について

原因となっている病気を治療すると、認知症が回復する可能性のあるものは、“治療可能な認知症 (treatable dementia)”と呼ばれています。

## 脳の周囲に水や血が溜まって、圧迫されるもの

- ◆ 水(脊髄液)が溜まる正常圧水頭症
- ◆ 血液が溜まる硬膜下血腫

## 脳の機能に影響があるさまざまな体の病気

- ◆ 甲状腺の病気やビタミンの不足
- ◆ お薬やアルコールの影響など
- ◆ てんかん(側頭葉てんかん)



# アルツハイマー型認知症

- アミロイド  $\beta$  やリン酸タウというたんぱく質が脳に溜まってしまふ
- 海馬の萎縮が目立つ
- 記憶力の低下から始まり、失見当識(時間や場所が分からない)、失行(目的の行動ができない)や失認(対象物を認知できない)、徘徊などがみられる

# 血管性認知症

- 脳梗塞や脳出血などで血管の障害が起こって、脳の細胞に酸素が届かなくなる
- 脳血管障害の発生により、突然起こり、突然進むことが多い
- アルツハイマー型認知症よりも記憶障害は軽い
- 早くから筋力の低下や失禁、歩行障害が出やすい
- うつや意欲低下、感情の起伏が激しくなるなどの症状がみられやすい

# レビー小体型認知症

- 脳にレビー小体という異常なたんぱく質が溜まる
- アルツハイマー型認知症に似たもの忘れ
- パーキンソン症状
- レム睡眠行動障害(大声、夢に合わせて体が動く)
- 幻覚(はっきりとした幻視)
- 自律神経症状
- 日によってももの忘れの程度が変わる
- 精神科薬の副作用が出やすい

# 前頭側頭型認知症

- 前頭葉/側頭葉の萎縮 (アルツハイマー型では頭頂～後頭葉が萎縮しやすい)。原因、種類はさまざま。
- 65歳以下で発症する (若年性認知症) ことが多い

(以下、行動障害型の特徴)

- 初めのころはもの忘れより、性格が変わる、社会性がなくなる、こだわりが強くなるなどの症状が目立つ
- 暴力行為や万引きなどが見られることがある
- 同じ行動を繰り返す、同じものを食べ続けるなどという「常同行為」がみられることが多い

※その他、失語の強いタイプもある

Q.

それぞれの認知症の病型に応じた対応方法がありますか？

A.

それぞれの認知症について、特徴を知った上での対応の考え方はあります。

特にレビー小体型認知症の幻視に対する対応(壁に衣類をかけない、柄物のファブリックを避けるなど)、前頭側頭型認知症の常同行動を生かしたタイムスケジュール作り、言語障害への対応など。

ただし大切なのは、「この認知症だからこの対応方法がいい」と思いつまないことです！！

同じ疾患でも、100名いれば100通りの症状・対応があります。疾患の特性を理解した上で、あくまでその方個人と向き合うことを忘れないことが、最も大切なことです。

## 2. 皆様の質問に一問一答

Q.

認知症の患者さんとのコミュニケーションで、感情面の安定や信頼関係の構築に役立つ具体的な方法や注意点は何かでしょうか？



まず大前提として…

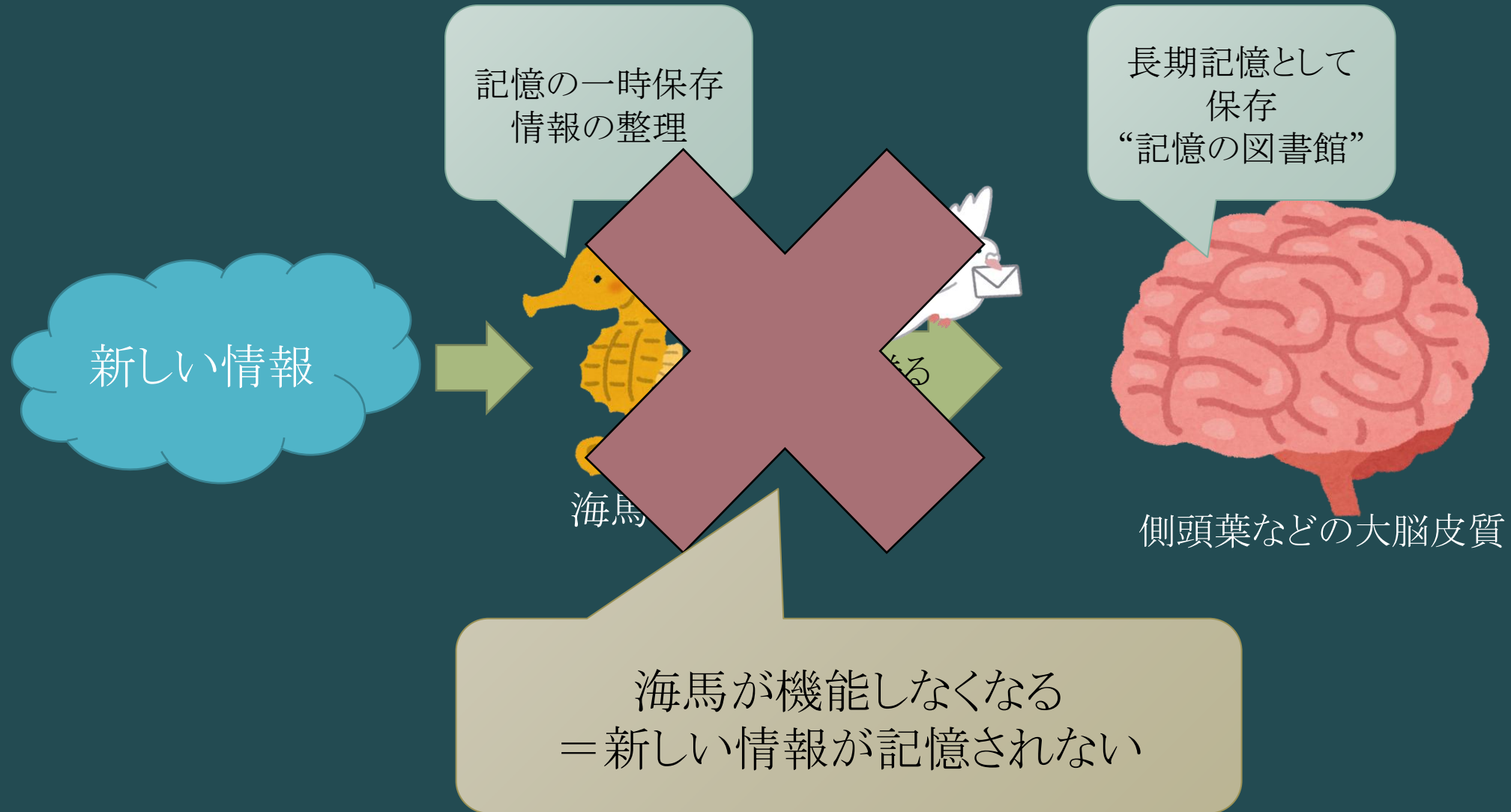
認知症のケアに「絶対これがいい(best)」はありません。

- 認知症疾患の種類によって、進行度によっても違う
- 患者さん個人の性格、これまでの人生によっても違う
- いま、その方がおかれている状況によっても違う

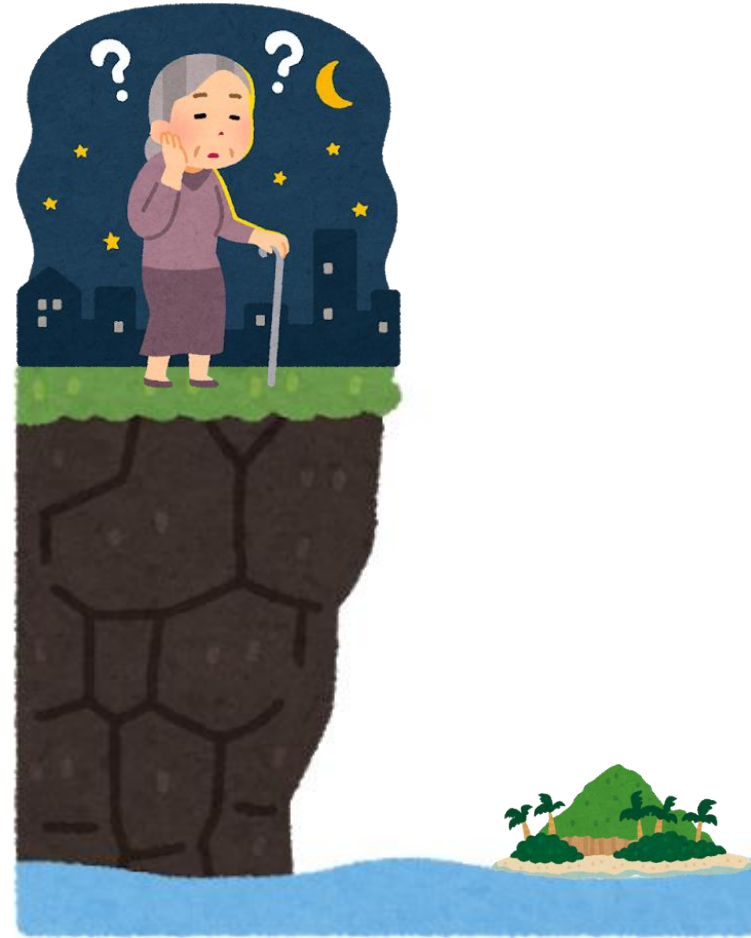
## 対人関係のbetterは、認知症対応のbetterである

- 初対面の相手に望ましいとされる対応は、認知症対応でも望ましい
- 接客業で望ましいとされる対応は、認知症対応でも望ましい
- 感じがいいと思われる人は、認知症の人にも感じがいいと思われる

# 記憶のしくみと、アルツハイマー型認知症における近時記憶障害



# 近時記憶が障害されるということ



## まずは確認

- 突然、声をかけていませんか？

あなたにとってよく知る患者さんでも、相手にとっては“初めて会う人”。

- 知らない人に話しかけられても安心できるような話し方をしていませんか？

丁寧こそ至高。くだけた友達っぽい対応は“超・上級編”と思っておくべし！

Q.

食事をしたことを忘れてずっと食事を要求する場合、ご家族さまはどのように対応したらよいのでしょうか。

相談を受けた場合どのように話したらいいのでしょうか。

A.

食事について:非常に多く聞かれる質問です。

よくお伝えしているのが、『さっき食べたでしょ!』ではなく、  
未来の予定を伝えて安心させてあげるという方法です。

“次のごはんは〇〇時だから、少しお待ちくださいね”と言っ  
たり、小さなお菓子や果物の切ったのを用意して“それまで  
これを食べて待っててね”とその都度お渡しする、という方法  
もあります。

もちろんそれで解決しますとは言えませんが、『さっき食べた  
でしょ!』と喧嘩するよりは良い結果が得られるはずです。

“未来の約束”はとても大切

—認知症病棟の新人看護師によく見られる対応

「家に帰してくれ」

『〇〇さんは入院中だから帰れませんよ』

「そんなはずはない！ 妻に電話してくれ！」

『奥さんも入院のときついてきたじゃないですか』

「嘘をつくな！ 帰してくれ！」

『(あーもう！) ちょっと今忙しいから！ これ以上聞けません！』



# 認知症病棟のベテラン看護師の対応

「家に帰してくれ」

『そうですね！車を手配しますから、そこにかけてお待ちいただけますか？』

「わかった」

(10分後)

「家に帰してくれ」

『いま車を手配していますから、そこにかけてお待ちいただけますか？』

「わかった」

Q.

認知症の人を介護する家族のストレス軽減や負担を軽くするために、訪問看護師ができる具体的なサポートとはどのようなものがありますか？

A.

訪問看護は、家族のメンタルケア目的に導入していることも実は多いです！

本人のケアという名目で、家族の傾聴に徹していただくこともしばしばです。精神科医も、基本は傾聴です。

その他、

- 家族が知らない、未利用のサポートを案内する
- 抑うつがひどければ受診をすすめる(こんなことで受診してはいけない、とみんな思ってる)

Q.

認知症に伴う妄想や勘違いによる怒りっぽい性格による症状で家族がストレスを受けている場合の、家族への看護介入方法がありますか？

A.

まずは正しい対応方法ができているか確認。

(妄想は否定も肯定もしない、怒り出したらいったんその場を離れたり、ほかの話題にそらす、などの基本方法)

多くの場合、家族がする必要のない否定をすることで、患者さんの怒りを増幅させています。

！！絶対NGワード！！

「そんなわけないでしょ」「あなたが忘れてる」

# 認知症は脳の病気

- ただし、重症度によって全く対処が違ふ
- 腹痛の対処を考えてみる(温めたり安静にすればよくなるレベルから、重度の胃潰瘍や胃がんによる疼痛まで様々。重度の疾患に対し、「温めて食生活を改善すれば治る」わけがない)
- 精一杯対応を工夫しても改善しない、激しい暴言暴力はすでに“重度の脳の病気”によるもの。薬物治療なしに落ち着かせるのは困難。
- つまり精神科医(もしくはそれに準じた知識を持つ医師)の仕事！早めに薬物治療を検討する。

Q.

認知症の疑いの利用者に対して、本人は受診の必要性を感じていないため、かかわり方等をご教示いただけますでしょうか？

A.

では、誰が受診の必要性を感じていますか？

- 介護保険が未申請(利用者であるのでそれはない?)
- 精神症状で家族/支援者が対応に困っている
- 急激に進行しており、“治療可能な認知症”の可能性がある

ただ「もの忘れ」があるだけで、誰も困っていないケースであれば、無理に受診を急がなくてもいい(もちろん注意深く見守る)

まず、「誰が」「何に」困っているのかを整理すること！



Q.

通所サービスやショートステイなどで職員がつきつきりになってしまうので、薬で鎮静をかけてほしいと依頼されることが多いですが、薬の影響で歩行が不安定になり転倒したり食事量が落ちたりすることがあります。バランスが難しいと思いますが、どのように対応したらよいのでしょうか。

A.

薬を使う＝ADLが落ちるまで鎮静 ではない

極力鎮静をかけずに興奮だけ抑えることも可能。医師の腕の見せ所ですね！

※加えるより先に、引く薬がないかは意外と見落としがちです！

ただし重症すぎるとどんな名医でも無理なものは無理なので、入院治療など検討することになります。

Q.

認知症の終末期はどうなるんですか？

認知症の最期って寝たきりになるんですか？

よくご家族から終末期の状態について聞かれることがあり、  
答えに詰まってしまう。どうお答えしたらご理解いただけるのか、  
先生でしたらどうお答えするか教えてください。

A.

身体疾患を合併して亡くならないければ、終末期は寝たきりになります。認知症でない人も同じです。

認知症は脳の障害によって、老化のスピードが早まっている状態と考えてください。その加速度は個人差があります。なので、いつかは寝たきりになります。

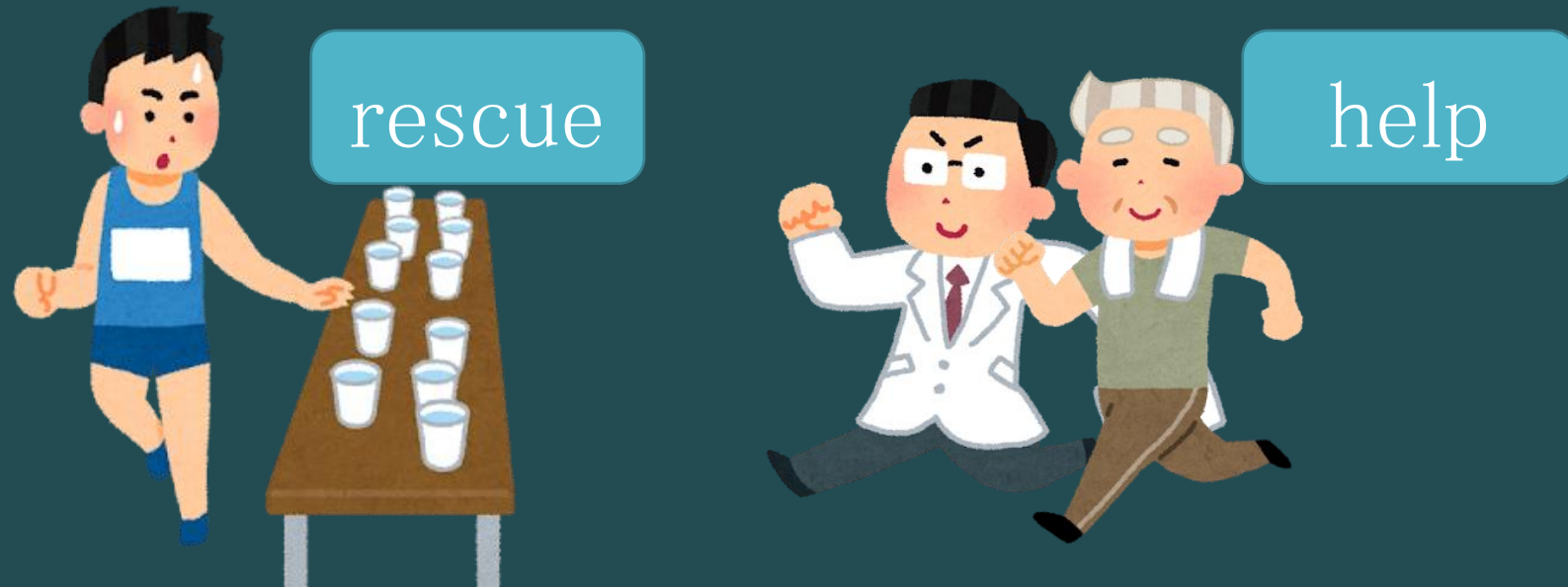
「いつか」を考えても今はどうしようもないから、「今」の困りごとと、「今」少しでも幸せになる方法を考えましょう。その時がきたら、必ず一緒に考えますので…とお伝えしています。

## ここ10年で自分なりに気づき、感じていること

- ◆ 認知症の良い治療、良いケアに対しては一種の『諦め』も必要であること。
- ◆ 治らない病気に向きあうため、認知症のケアは長い緩和ケアとしてとらえてもよいのではないか、ということ。
- ◆ 認知症に向き合うことは、ある意味、死と向き合うこと。だから苦しいことも、つらいことも、どうにもならないこともたくさんある。…でも、(私も含めて)この仕事が大好きな人が多い。良いこともたくさんありますよね。

# ここ10年で自分なりに気づき、感じていること

- ◆ 認知症にまつわる困りごとに対して、“解決を求められている”と考えると必ず苦しくなる。“この人の人生の大変な道のりに寄り添う”と考える。その人の人生を決めるのは、あくまで本人とご家族である。
- ◆ 私たちの分野の“助ける”はrescueではなくhelpである。



認知症の人とご家族に伝えている、

「諦めるべきこと」と「諦めなくて良いこと」

多くの家族が「認知症の症状を良くすること」を諦められないけれど、「幸せになること」は諦めている。

認知症の症状の進行は受け入れて諦める。  
でも、幸せになることは諦めなくてもよい！

認知症は治癒はしない。しかし認知症になってからどう生きるかを変えることはできる！



ご清聴ありがとうございました！



皆さんの心の健康を第一に！  
ちょっとでいいから運動しろよ！  
風呂は入れよ！！！！