

束を忘れたり、財布や眼鏡など持ち物を置いた場所を忘れてしまったり、ある物を買ったことを忘れて同じものを何回も買ってしまったりします。しかし、患者さんは最近の出来事は覚えられませんが、病気になる前にしっかり記憶に定着していた古い出来事はかなりよく思い出すことができます。

③言語の障害

血管性認知症の患者さんによくみられる発話の障害は、話す意欲が低下し自発的にはほとんど話さない、言いたい言葉が出てこない（喚語困難）、使う言葉が減る、「あれ」「それ」など指示代名詞を多用する（語彙の減少）などです。理解の面にも障害はあらわれ、一度に多くの言葉を処理できないために複雑な話を部分的にしか理解できなかったり、あるいは、簡単な単語でも意味や音が似ている言葉に間違ってしまう場合があります。またそのような単語の誤りが話すときにもあらわれます（錯語）。

読み書きにも障害があらわれ、自発的に読み書きしようとはせず、書こうとする文字が思い浮かばない、誤った字を書いてしまう、誤って読んでしまうなどの症状がみられます。

④対象認知・空間認知の障害

私たちは視覚や聴覚・触覚などの感覚情報により対象物の性質や位置関係を知ることができます。なかでも視覚情報はもっとも多くの情報を外部からもたらしてくれる感覚なので、ここでは視覚を通じた認知機能に目を向けることにします。

目からはいつてくる視覚情報は大きく2つの種類に分けられます。それは「その物の形や色はどんなものか」という対象が何であるかを認識するために必要な情報と、「その物がどこにあるか」という空間的な位置を知るための情報です。それぞれの情報は脳の異なった部分で処理されるので、血管性認知症の患者さんでは病巣が生じた場所によって、見ているものが何であるか分からなかったり、何であるか分かっても位置関係が分からなかったりします。

対象認知が障害されると見た物が何であるかわからなくなります。たとえば、シャンプーを見て、きれいな色なのでジュースと間違えて飲んでしまうということがおこります。

空間認知が障害されると、住みなれた町や近所に出かけても、目印となる建物や道路の位置関係が分からなくなって道に迷ってしまいます。症状が重くなると、家のなかでもトイレや寝室の場所が分からずに迷うようになります。さらに、自分の体と対象物との位置関係がわからなくなると、シャツやズボンと手足の位置関係が正しく

とらえられないので、たとえばシャツの袖に頭を通そうとするような行為がみられ、服がうまく着られなくなります。

⑤行為の障害

ここでいう行為とは、道具を使ったり、おいでおいで・バイバイ・ジャンケンのような合図の動作など、主に手を用いて行う目的をもった動作のことです。血管性認知症では、病巣が生じた場所により、細かな動作が不器用になったり、指示された動作を誤ったり、道具の使用方法を誤ったりなどさまざまな行為の障害があらわれます。言語の理解や判断力の障害がなく、対象物や道具の認識が保たれていても、行為自体の組み立てが困難になるのです。

⑥見当識障害

遂行機能や記憶、空間認知の障害が進むとともに、見当識障害が目立ってきます。見当識とは、時間や場所・人物に関する認識です。例えば、今が何年何月何日で季節はいつか、また時間は何時頃かなど時間に対する認識を「時間の見当識」と呼び、自分が今どこにいるのか、何県、何市、何病院の何階など場所に対する認識を「場所の見当識」、家族や周囲の人物に関する認識を「人物の見当識」と呼びます。正しい見当識を持つためには遂行機能や記憶・視覚認知・空間認知が保たれている必要があります。

(2) 精神症状・行動障害

精神症状・行動障害には、意欲低下、抑うつ症状、妄想、幻覚、せん妄、興奮などがあります。ここでは血管性認知症の患者さんで認められやすいものを取り上げて簡単に説明します。多くの精神症状・行動障害には不安感が伴っています。したがってそれらに対応する際には、不安感を和らげるような声かけや雰囲気患者さんに接することが大切です。また症状がひどい場合には薬物治療が必要な場合があります。

①意欲低下

血管性認知症の患者さんは、多くの場合、周囲の人から意欲や自発性、活動性が低下したと感じられます。社交的であった人が外出をおっくうがったり、お洒落だった人が身だしなみを気にしなくなり、以前は行っていた活動や趣味に興味を持てなくなります。病気が進行すると、簡単な家事も自発的にしようとせず、さらには入浴、洗面、更衣などの日常生活活動も自発的に行わなくなって、周囲の人の声かけや促しが必要となりま

す。

このような意欲の低下は血管障害による前頭葉機能の低下に関連していますが、うえに述べた認知機能の障害により、日常の活動が患者さんにとって困難な作業になるためいっそう意欲をなくしてしまうという心理的要因も影響していると考えられます。

外部からの刺激がなくなるとさらに脳機能が低下してしまうため、デイケア、デイサービスなどを利用して規則的に出かけるように生活を組み立て、引きこもらないようにすることが大切です。また薬物治療として脳代謝賦活剤が有効な場合があります。

②うつ状態

うつ状態は血管性認知症の症状の特徴のひとつです。アルツハイマー病でも病気に対する自覚が強い初期には、患者さんは自分の能力低下をなげいてしばしばうつ状態におちいりますが、血管性認知症では病気の自覚がより重症になるまで保たれるために、いっそううつ状態が目立ちます。

しかし典型的なうつ病の患者さんとは異なり、血管性認知症の患者さんでは、何を見ても聞いても悲しく感じてしまうという悲哀感はあまり強くなく、死にたいと訴えたり、実際に自殺を試みることは少ないといわれています。このうつ状態にはうえに述べた意欲低下の影響も大きいと考えられています。

症状が目立つ場合には、少量の抗うつ薬で治療することがあります。

③不安

血管性認知症の患者さんには不安感の強い方がいます。家族の誰かがそばにいてくれないと不安で家族を探し回る、色々なことを何度も誰かに訊ねて確認せずにはおられないなどの症状がみられます。また、引き出しから物の出し入れを繰り返したり、頻回にトイレに行くという行動も、漠然とした不安感の表れであることがあります。

これらの症状に始終対応することで、ケアする家族が疲れきってしまう場合も少なくありません。そのため、一時的にケア施設や専門病院を利用して複数の人々が対応することによって安心感を取り戻してもらったり、症状の程度に応じて薬物治療を併用することもあります。

④情動失禁

情動失禁とは、悲しさや喜び・怒りなどの感情を抑えることができず、すぐに泣きだしてしまったり、怒ってしまったりする症状です。血管性認知症では脳の両側の病変のために感情を抑制する前頭葉の働きが低下し、こうした症状がみられやすくなりま

す。

さまざまな日常場面で自分の能力の低下を思い知らされたり、または、人からやさしい言葉をかけられただけで感激して泣きだしてしまいます。ケアする人のささいな言動が怒りを呼び起こすこともあります。

しかしたいの場合、患者さんはしばらくすれば落ち着きを取り戻すので、対応する人が慌てずに安心感を与えるように接することが必要です。

⑤妄想

妄想とは、確かな根拠がないのに事実と異なることを強く信じてしまうことです。いくら説明しても信じ込んだ内容を訂正することができません。妄想の内容としては、患者さんが周囲の人から被害を被っていると思ってしまう被害妄想が多くみられます。被害妄想は被害の内容によってさらに細かく分類され、物盗られ(ものとられ)妄想(例：誰かに財布や通帳を盗られた)、被毒妄想(例：食事に毒を入れられる)、見捨てられ妄想(例：家族に見捨てられる)、不義妄想(例：配偶者が浮気をしている)などが含まれます。他の精神病では、不特定多数の多くの人たちから被害を受けているという大掛かりな被害体験を訴えることも多いのですが、認知症の患者さんの妄想では、家族や介護者など身近な限られた人を犯人と思いこんでしまうことが多く、ケアをしている人との関係が悪くなってしまうことがあります。

また、誤認妄想(例：自分の家にいるのに私の家ではないと思う。見知らぬ人が家の中にいる。配偶者が偽物である)もよく認められます。

これらの妄想の多くは、記憶障害などの認知機能の低下にもとづくものですが、元々何にでも心配するという性格だったり、周囲の人たちとの信頼関係が十分でないという事情が反映されている場合もあります。

妄想は初期から中期の患者さんに認められることが多く、病気がより進行すると自然に目立たなくなることも多いのですが、その間、患者さんに対応することでケアする人も疲れきってしまうことがあります。その場合には、短期間の入院やショートステイを利用して、妄想の対象とされている人とはしばらく離れて過ごすことが有効です。また症状の程度によっては少量の薬を用いて治療することもあります。

⑥幻覚・錯覚

幻覚とは、実際には存在しないはずの物が見えたり、音が聞こえたり、嗅いがかたり、味がしたり、身体表面や内部に感覚を感じたりする異常です。それぞれ「幻視」、「幻聴」、「幻嗅」、「幻味」、「幻触」、「体感幻覚」と呼びます。幻覚の種類として

は幻視や幻聴が多いものです。幻視や幻聴の対象はあいまいなこともあれば明瞭なこともあり、侵入者や既に亡くなった親族の姿がありありと見えたり、人の話声がはっきり聞こえると言うこともあります。

錯覚とは何らかの物や音などを誤って認識することです。例えば、壁紙の模様を見て虫が這っていると思ったり、壁のシミが人の顔に見えたり、ベッドカバーのしわがへびに見えたりします（錯視）。また風の音を人の話す声に間違える（錯聴）こともあります。錯覚では何らかの対象が存在している点が幻覚と異なるところです。

幻覚や錯覚は視力や聴力の低下を背景にして起こることが多いと考えられています。

治療として少量の薬を用いることがありますが、患者さんの不安や混乱が少なく、危険な場面におちいる可能性がなければ、特別な対応をせずに様子を見ることもあります。

⑦せん妄

せん妄とは軽い意識障害に伴ってさまざまな精神症状が一時的に活発にみられる状態で、時には著しい興奮状態を呈することもあります。急に出現して、症状が変動し、やがて落ち着きますが、何度も繰り返す場合も少なくありません。

一般に脳機能が衰えている認知症の患者さんに起こりやすいのですが、血管性認知症ではとりわけ多くみられます。夕方から夜にかけて室内が暗くなると出現しやすく、この時間帯におこるせん妄をとくに夜間せん妄と呼びます。

せん妄の時によくみられる症状としては、時間と場所の見当識障害があります。患者さんは、今が朝か昼か夜かわからなくなったり、自分が自宅にいるのか病院にいるのか混乱します。活発な幻覚や錯覚（とくに幻視、錯視）、妄想がうかがわれ、不安、恐れ、怒り、イライラなど感情的にも不安定になります。思考には一貫性がなくなり、断片的な内容をとりとめもなく話す、途中で話がそれる、同じ話を繰り返すなどの症状が目立ちます。行動面にもまとまりがなくなり、突然家を飛び出したり、物を投げたりというような突発的な行動をとることがあります。それを制止しようとする、さらに興奮して、暴言、暴力におよぶことがあります。患者さん自身は状況が理解できず、不安や恐怖からやみくもに逃がれようとしていることが多いのです。

せん妄は認知症の症状のひとつとして出現することもあります。感染、発熱、脱水、栄養不良、血液成分の変化、肝臓や腎臓の機能低下、薬物の副作用などの内科的合併症のためにおこる場合も多いので、専門医の受診を受ける必要があります。

認知症の症状として出現している場合には、昼起きて夜眠るという生活リズムを

つくるのが大切なので、昼間は可能な限り戸外に出たり、窓際のベッドで過ごして太陽の光を浴びさせるようにします。また、せん妄が生じた場合に事故につながらないよう生活環境を安全に整える必要があります。症状の程度によっては少量の薬で治療を試みることがあります。

⑧徘徊

患者さんが目的を持たずに、または他の人にはその目的が理解しがたい状況で患者さんが歩き回る行動のことです。患者さんは何かをしたいというわけではなくただ歩きまわっている場合もありますが、実際には患者さんなりの理由を持って徘徊していることも多いのです。例えば、見当識障害などのために自宅をよその家と間違っしまい、家に帰らなければならないと思って、帰り道を探して徘徊することがあります。また家の中でもトイレに行こうとして、視空間認知障害のために場所がわからず歩きまわっていることもあります。あるいは不安や焦り、時には妄想のためにじっとしていられなくなって徘徊しているように見えることもあります。

徘徊に対応する場合にはその理由に応じて対応することが大切です。詳しい対応方法は後の「対応法」の項目で説明いたします。

⑨食行動異常

認知症の患者さんは、意欲の低下や認知機能障害、嚥下障害などのために、自分でバランスの良い食事を適切な量だけすることができなくなります。そのために栄養不良になって、身体の病気を併発し、それによって活動的な生活ができず、時には寝たきりになって入院し、認知症の症状がいつそう悪化することがあります。

血管性認知症ではほかの認知症より麻痺や感覚障害を伴うことが多く、食事を嚙んで飲み込むために必要な顎（あご）や舌、咽頭（のど）の筋肉の動きも悪くなることが多いので、食事が困難になる場合があります。またその場合には、誤って気管の方に食事が流れ込み（誤嚥）、肺炎や窒息などの危険があることにも注意が必要です。

そのような嚥下障害のほか食行動の異常が問題となります。食行動の異常には、食べ過ぎる（過食）、同じ物ばかり食べる（偏食）、食物でない物を食べる（異食）、食べようとする意欲がなくなる（不食）、食べることを拒否する（拒食）、食事中に食べることに集中できずに時間がかかる、食事をかき込むように食べるなどの行動が含まれます。

過食は記憶障害のために食べたことを忘れる、不安や欲求不満のあらわれとして食への執着が強くなる、「満腹中枢」が障害されるなどさまざまな原因によっておこり

ます。異食は側頭葉とよばれる脳部位の障害により生じるほか、認知障害により食べ物を食べ物と認識できなくなる、味覚や嗅覚が低下したために生じるなどの理由が考えられます。箸やスプーンがうまく使えなくなり手で食べざるをえないこともあります。さらに疾患が進行すると、食べ方がわからなくなったり、食べる行為そのものがわからないために食事をとらなくなることもあります。この時期でもほとんどの場合、ケアする人が食物を口まで持っていくと食べることができます。しかし口の中でもぐもぐと噛みつぶけるだけで飲み込まなくなることがあります。さらに病気が進行すると、ケアする人が口まで食物を持ってきてやってもなかなか口を開けずに摂取量が不十分になってしまいます。この頃になると一回の食事に1時間以上かかることもあります。最終的には経口摂取が不可能になり、鼻から胃まで管を入れて、そこから液体の栄養剤を補給したり、点滴をしたりすることが必要になります。

⑩排泄行動障害

認知症が進行するとしばしば尿や便の失禁がみられます。排尿・排便は自律神経の働きによってコントロールされ、膀胱や直腸の圧力が増すと反射的に尿意や便意をもよおし、意識的に抑えなければ排尿・排便運動が生じてしまいます。血管性認知症では、脳の機能が低下するために、尿意や便意を感じにくくなったり、脊髄の排尿・排便反射を抑制することができずに漏らしてしまうことが多いのです。

また、そのような排尿・排便の仕組みが保たれていても、認知機能の障害のために、風呂や廊下をトイレと間違えてしまう、トイレの場所がわからない、トイレで衣類を脱ぐのに時間がかかるために間に合わない、便器の使い方がわからない、便器と自分の正しい位置関係がわからない、排尿・排便後の始末がうまくできないなどの理由によって失禁がおこります。

患者さんには、自尊心や恥ずかしさの感情は病気がかなり進行しても残っていますから、他人に排泄の始末を手助けしてもらうことを嫌がり、汚れた下着を隠そうとしたり、また尿や便を始末しようとしてかえって床や壁を汚してしまうという不潔行為につながることもあります。

また尿失禁は、膀胱炎や尿道炎などの尿路感染症によって膀胱が過敏になり、排尿反射が高まって生じることもあるので注意を要します。

患者さんは便秘になることもしばしばあります。運動不足のため腸の動きが悪くなりがちであることや、食事の量が減ること、消化のよい物ばかり食べることなどが影響していると考えられています。患者さんは自ら便秘を訴えることが少なく、食事が量が変わらなければ、ケアをする人も気づきにくいものです。ひどい場合には腸閉塞

をおこすこともありますので、排便の状態には注意しなければなりません。

⑪介助に対する拒否

認知症の患者さんでは食事や服薬、入浴など日常生活に対するいろいろなケア的な働きかけに対して拒否することがあります。拒否には多くの場合、患者さんなりの理由があります。しかし認知症の患者さんはその理由をうまく説明することができません。だからケアしている人が患者さんの状態を観察し、患者さんの思いを推測して対応する必要があります。

⑫危険行為

認知症の患者さんには、失火、転倒、転落、交通事故、詐欺の被害などにあう危険性が高くなります。患者さんは、危険性を理解したつもりでも、実は十分に理解ができていなかったり、すぐに忘れていたり、あるいはわかっているにもかかわらず行動が伴わなかったりします。また自分の障害を正しく認識できていないために、できると思っけていても実際にはできないことがあります。さらに、高齢者全般にあてはまることですが、周囲の状況に十分な注意を払えず、また注意を払える範囲が狭くなります。精神的に不安や焦りが高まっている時には、さらに注意の範囲が狭くなります。これらのことから事故に遭遇したり、危険を回避できなくなるのです。事故の危険性が高くなるとケアする人の観察、適時の指示・誘導が重要となります。

(3) 神経症状

血管性認知症の患者さんでは、アルツハイマー病と比較して運動や感覚など身体にあらわれる神経症状が目立ちます。そのために身体活動の能力が低下して、身の回りの世話や移動に介助が必要となる時期も早い場合が多いのです。

①麻痺・筋力低下

意識して筋肉を動かす運動神経は、前頭葉皮質から始まって大脳の深い皮質下で束ねられて、脳幹・脊髄を通過して末梢の運動神経につながっています。皮質下で運動神経が束ねられる部分は、脳出血や小さな梗塞が多発しやすい部分なので、血管性認知症では血運動神経が損傷され、さまざまな程度の麻痺や筋力低下が多いのです。麻痺は左右の一方の半身だけにあらわれる場合も、両側であまり差がみられない場合もあります。また四肢のうちどれかの手足だけが筋力低下をきたすこともあります。

②構音障害・嚥下障害

嚥下とは食事のみ込む動作で、構音とは言葉を発音することですが、これらの動作では、同じ神経によって舌や唇、咽喉（のど）の周囲の筋肉の動きがコントロールされています。ですから神経が障害されると一緒に出現することが多いのです。

構音障害では発音が不明瞭になり、両側の神経障害による著しい構音障害ではほとんど聞き取れなくなることがあります。

嚥下障害では先にも述べたように、誤嚥による肺炎や窒息に注意しなければなりません。

③感覚障害

大脳皮質下の深い部分には、視床というほとんどの感覚神経の中継点となっている重要な部分があります。これも出血や梗塞を起こしやすい場所なので、血管性認知症では温度覚（熱さ・冷たさ）、痛覚、触覚などが低下することが多いのです。感覚障害の程度はさまざまですが、末梢神経が損傷された場合と異なって、全く感覚がないということはありません。左右の一方の半身だけにあらわれる場合も、両側であり差がみられない場合もあります。狭い部分だけに感覚障害がみられる場合もあります。

感覚が低下して鈍くなることを感覚鈍麻といいます。ほかに、かえって感覚が強く感じられる感覚過敏や、説明しにくい不快な感覚として感じられる錯感覚がみられることがあります。

④筋緊張異常・運動減少

筋肉の緊張の程度や運動の滑らかさをコントロールしている神経も、大脳皮質下の深い部分にあり、基底核と呼ばれるいくつかの重要な場所に神経細胞が集まっています。この部分も出血や梗塞を起こしやすい場所なので、血管性認知症ではしばしば、筋肉のこわばりや、運動のぎこちなさ、動作の遅さ・小ささ・少なさがあらわれます。ちょうどパーキンソン病のような症状を呈することがあるので、その場合には脳血管性パーキンソン症候群と呼ばれます。筋力自体はされほど低下していなくても、細かな動作がへたになり、大きな動作もスムーズに進めることができず、日常生活動作にさまざまな影響が生じます。

⑤不随意運動

筋緊張異常と同じように基底核が障害されると、さまざまな不随意運動が出現します。もっともよく見られるのは、うえに述べた脳血管性パーキンソン症候群の症状のひとつで、振戦という手や頭・全身のやや規則的デ小さな揺れるような動きです。

ほかに、ミオクローヌスと呼ばれるやや大きな手足や頭・全身がピクッと速く動く運動、バリスムスと呼ばれる手や足をベッドや壁にぶつけてしまうような速く大きな運動などがあります。

(4) 日常生活活動 (Activity of daily living : ADL) の障害

ADLには、基本的な身の回り活動 (トイレや食事、着替、入浴など) と、より高度な手段的ADL (金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など) の2種類があります。

アルツハイマー病では神経症状はかなり遅くまであらわれないので、初期には認知機能障害による手段的ADLの障害が目立ちますが、血管性認知症では早くから神経症状と認知機能障害がさまざまな程度に混在しているので、基本的ADLと手段的ADLはあまり時間の差がなくともに障害されることが多いのです。

3. 血管性認知症の症状に対する対応法の実際

血管性認知症の症状は患者さんごとにかかなり異なっていますが、多くの場合、アルツハイマー病などの患者さんにくらべて、病気に対する自覚が保たれていることも多いので、その場合にはじっくりと話を聞いてあげることで、安心感を取り戻すことができます。

(1) 認知機能障害への対応

① 遂行機能の障害

先に述べたように、遂行機能の障害は複雑な行動における要領や段取りの悪さや判断力の低下としてあらわれます。病気の初期の症状であることが多いので、患者さんの自覚は保たれていることが多く、不安や焦りを感じ、自らも情けなく思っています。

【対応法】

- ・ ケアする人は患者さんの失敗を責めたり叱ったりせずに、適宜適切な援助を行うよう心がけます。
- ・ 失敗するからかえって手がかかるといって家事をさせないようにすると、認知機能やADLの能力がいつそう低下することもあるので、掃除や食器洗い、洗濯物を干すなど、危険を伴わない簡単な家事や家事の一部を手伝ってもらうようにします。

- ・ 記憶や言語症状などほかの認知機能の障害が目立たなければ、メモで具体的な項目を指示すれば、簡単な買い物などは可能です。
- ・ 患者さんに指示を伝えるときには短くてわかりやすい表現を使用するように心がけます。一度に二つ三つのことは言わないようにしましょう。

②記憶障害（物忘れ）

血管性認知症で生じる物忘れの程度はさまざまですが、症状がある程度進むと、経験したこと自体を忘れてしまいます。自分が忘れたことも忘れてしまい、物忘れを自覚できなくなります。たとえば、食事の内容だけでなく食事をしたこと自体も忘れて、食後すぐに「ご飯はまだ？」と食事を要求したりします。来客があり楽しく話していたのに、客が帰るとすぐに誰が来たかということだけでなく、来客のあったことさえも忘れてしまいます。また財布などを大事にしまい込み、しまった場所を忘れて「なくなった」と大騒ぎします。同じことを何度も何度も聞いたり言ったりして、ケアをしている人の方が疲れきってしまうこともあります。

【対応法】

- ・ 患者さんは忘れていることを自覚しにくいいため、注意や説明をしても、記憶障害による行動が改善しないことがあります。かえって失敗を指摘されたり、否定されたりすることにより、自尊心が傷つけられて落ち込んだり、不安になったり、さらには怒ったりします。患者さんの言葉や行動をいったんは受けとめる事が重要です。
- ・ 物の置場所を忘れて探すことに対しては、患者さんが品物をしまう場所が決まっている場合には周囲の皆さんがこの場所を覚えておいて探してあげましょう。またそうでない場合には、しまう場所を患者さんと一緒に決めましょう。繰り返せばその場所をまず探すことが習慣になって、患者さん自身で物を見つけ出しやすくなることがあります。
- ・ 食事を繰り返し要求するのは、食後すぐに自分の部屋に戻ってしまう患者さんに多いようです。食後しばらくは食器をかたづけずに、その部屋で団らんするようにしましょう。食べた後の様子をしばらく見せること、食後穏やかな気持で楽しい時間を過ごしてもらうことが効果的なようです。食べる時に患者さんに自筆で食事したことをチェックする決まりをつくって、そのチェックを見せることによって食事の要求が減った患者さんもいるようです。試してみてもいいかもしれません。
- ・ 通帳など貴重品は、患者さんが信用している子供さんなどに預けましょう。
- ・ 繰り返し同じ話をするときには、周囲の人はあえて患者さんに繰り返し丁寧に説明することをせず、他の話題に転換したり場所を変えたりして他のことに関心を

向けることも効果があるようです。もし患者さんが納得し安心した言葉があればそれを憶えておいて、次の機会にもその言葉で答えましょう。

③見当識障害

時間の見当識の障害によって、明るいうちから雨戸を閉めたり、真夜中なのに自分が目覚めると朝だと思い、電気をつけたり、顔を洗ったり、服を着替えたりします。またご飯の用意をして皆を起こすこともあります。これは病気になる前に患者さんが火事や家族の世話を一生懸命行ってきたことの表れです。まずはこれまでの患者さんの働きに感謝しましょう。

場所の見当識障害によって、今自分のいるところがわからなくなります。環境が変わった時（引っ越しや改築、同居家族が増えたり減ったりした時、施設や病院に入所した時など）に、多くみられます。自分の家でも自室や、トイレの場所がわからず、迷ってしまいます。また、今自分の家にいることがわからず、家に帰ると言ったりします。入院患者さんでは自分の部屋やトイレの場所がわからず、違う部屋に入って他人のベッドに寝たり、病院を学校であるかのように話したりすることがあります。

人物の見当識障害（人物誤認）によって、息子を自分の兄とか弟と言ったり、お嫁さんをお手伝いさんと思ったりします。認知症の患者さんでは最近の記憶ほど失われやすいため、患者さんは自分が若かった時代にタイムスリップしてしまったかのような行動をとることがあります。自分自身を実際より若く思っているので、息子がこんなに大きくなっているはずがない、お嫁さんがいるわけがないと誤解してしまうのです。

【対応法】

- ・ カレンダーを目立つところに置き、毎日一緒に印をつけてみましょう。
- ・ 部屋やトイレの前に「〇〇さんの部屋」、「トイレ」というように表示をしましょう。
- ・ 患者さんが誤ったことを話している時には、優しい口調で正しい情報を教えてみましょう。
- ・ しかし見当識障害を修正することで、周囲の皆さんとの関係の悪化や混乱を招くこともあります。そのような時は「わかりません」とか「聞いてみます」などと答え、時間を稼ぎ、話題を変えてみます。これで忘れるようであれば、その後その話に触れないようにしましょう。
- ・ 夜間はトイレや廊下に電気をつけて、明るく、わかりやすくしておきましょう。
- ・ 家の引っ越しや改築をする時には、患者さんの新しい部屋に馴染みの家具や写真、

道具などを以前と同様に配置しましょう。

- ・ 患者さんとの関係が悪化しそうな時は、一人だけで対応せずに複数の人が関わるようにしましょう。
- ・ 患者さんが自分を若く思っているときには、生活に支障がない限りは、話しを合わせてあげましょう。ゆっくり話を聞いていくと、患者さんがどの時期までタイムスリップしているかが理解できます。否定したり、説明したりするとますます話が複雑になり、患者さんもケアをしている人も混乱してしまいます。患者さんの言葉に添って話を合わせることも大切です。

(2) 精神症状への対応

①意欲減退

患者さんは病気そのものによって意欲が低下しますが、自分の生活能力が落ちたことに対する無力感や失敗を恐れる気持ちがさらに追い打ちをかけていることが多いものです。意欲の減退が周囲の人々に直接に影響を与えることは少なく、ケアする側にとっては患者さんがおとなしい方がつごうがよいという側面があるのは事実ですが、日中の活動が低下することによって不眠や昼夜逆転の原因になったり、認知機能がいっそう低下したり、運動機能が衰えて寝たきりになったりします。

【対応法】

- ・ 身体的に異常がないことを確認した上で、活動性を高めるように働きかけましょう。
- ・ 規則正しい生活をするための日課表を作るのもよい方法です。
- ・ 「おいしいお菓子がありますから来てください」などと、食べ物をきっかけにして誘ってみることも有効です。
- ・ 一度の誘いだけではうまくいなくても、繰り返して誘い続けることが大切です。誘うだけでなくケアをしている人が一緒に行動することも重要です。また、人が替わって勧めるとすんなり受け入れられることもあります。患者さんは、最初は渋々という感じですが、繰り返し誘ううちに徐々に容易に行動にうつすことができるようになります。さらに行動が活発になった時点で患者さんと相談して日課表を作り、それに沿って働きかけると自ら行動するようになることもあります。
- ・ 患者さんのペースで無理のないものから徐々に活動を増やしていきます。一度にたくさん行わずに、少しずつ一日何回も行うことが有効です（少量頻回の原則）。
- ・ デイケア、デイサービスなどを利用することは現実的で非常に有効な方法です。

②うつ状態

患者さんは意欲の減退とともに、気分的にも落ち込んで、しじゅう自らの状態を情けなく感じ、惨めな思いを抱くことがあります。周囲の人が叱ったり、また励ましたりすることも、自分の状態をなおさらひどく受けとめてしまいがちです。

【対応法】

- ・ ケアする人は患者さんの失敗が病気のためにしかたなく生じたものであることを認識し、感情的にならないように心がけねばなりません。
- ・ 患者さんに接する際には、言葉がけの内容や理屈よりも、言葉の調子や顔の表情がよりいっそう相手に伝わることをわきまえて、穏やかに温かく対応するように心がけます。
- ・ 「今日は少し元気そうに見えますよ」「よい天気で気持ちがいいですね」「きのうよりたくさん食べることができましたね」など肯定的な内容の声掛けを考えると、ケアする人の言葉の調子や顔の表情も自然と穏和で明朗なものになります。
- ・ 明るい光が気分を引きたてる効果をもっているので、日中はできるだけ明るい部屋で過ごすように工夫します。
- ・ 患者さんが若く元気だったころの流行曲が当時の気分をよみがえらせる効果があるので、患者さんが嫌がらなければ軽い音楽を流してみるのもいいかもしれません。
- ・ 同じように、若かった頃の楽しい思い出話も効果的であることがあります。

③不安・帰宅要求

患者さんは現在の状況を正しく認識することが苦手なので不安になりやすいものです。特に旅行や入院など環境が変化した時に不安は高まります。恐怖感や差し迫った緊張感をともなうこともあり、患者は落ちつきずに動きまわり、些細なことで驚く、冷や汗をかく、動悸や息苦しさを訴えるといった症状を示すこともあります。さらに安心の場を求めて「家に帰りたい」と訴えたりもします。これを「帰宅要求」と言い、場所の見当識障害のため、他人の家にいると思っている場合には、自宅にいても生じます。夕方などの周囲が薄暗くなる時にみられることの多い症状です。

【対応法】

- ・ 現在の状況を優しくゆっくりと説明します。説明するとより混乱するときには、それ以上説明せず、そばにいて安心させる言葉を繰り返しかけましょう。
- ・ 見当識障害や妄想が背景にある場合には相手の状況にあわせて演技することも大切です。たとえば自宅にいるのに「家に帰る」と言ったら「何言ってるの、ここが家よ」などとは言わずに「もう暗いし、夕食の支度もしましたので今日は泊まって

いって下さい」など言うとうまくいくことがあります。

- ・ 夕暮れ時の不安、混乱が、外が真っ暗になるとおさまることがあります。夕食のひとつ時を誰かと一緒に過ごすようにしてみましょう。

④妄想

認知症の妄想は多くの場合、不安や自身のなさ、周囲の人への反感という感情が、注意力や記憶力・判断力の障害による現実認識の低下と結びついて生じます。また身体機能の低下や聴力・視力の低下も妄想の出現につながります。

直接介護している身近な人が疑いをかけることが多く、その場合は患者さんが入院したり、ショートステイを利用することによって軽減することがあります。しかし病院や施設でも同室の患者さんに物を盗られると言いだすことがあります。ケアをしている人との日頃の信頼関係のもつれから生じることもしばしばあります。

【対応法】

- ・ 妄想を否定されると、自分の体験が信じてもらえず不安感や怒りを増して妄想がひどくなったり、興奮、混乱を誘発したりすることがあります。患者さんの不安な訴えをよく聞き、安心感を与えるよう働きかけることが大切です。否定もせず、肯定もしないといった態度で接することが重要です。
- ・ 物盗られ妄想の場合は、品物がないという事実を受けとめて、まずは一緒に捜してみます。ただし、時には一緒に捜すと、猜疑心を増長させてしまう場合もあるため（自分が盗んだからごまかそうとして捜していると考える）注意を要します。
- ・ よく観察すると、品物をしまう場所は決まっていることが多いです。そうでない場合には、しまう場所を積極的に決めることが重要です。
- ・ 通帳など貴重品は、患者さんが信用している子供などに預けましょう。
- ・ 混乱が強い場合には、別の代替品を用意しておき、渡して納得していただけないか試してみましょう。
- ・ ケアをしている人が妄想の対象となり、介護が難しい場合はデイケアやショートステイ、介護施設で対処困難な場合は精神科の病院などを一時的に利用し、環境を変えてみましょう。妄想の対象者と患者さんの距離を置くことは有効な手段です。
- ・ 一度妄想の対象者となってしまうと修復することはなかなか困難で、早期の施設入所へと移行することもありますので、ケアをしている人は患者さんとの関係が悪化する前に介護支援サービスなどの利用をこころがけましょう。
- ・ 薬物治療によって改善する場合もあるので、医師に相談してみましょう。

⑤幻覚

認知症の幻覚は多くの場合、視力や聴力の低下、感覚障害を背景に出現します。幻覚に対する患者さんの反応はさまざまで、強い不安感や危機感を訴えることもあれば、平気で受けとめていることもあります。

【対応法】

- ・ 患者さんは実際に感じているのですから、訴えを受けとめ、そのことを否定しないようにします。
- ・ 患者さんの話を受ける形で対応することも必要です。たとえば「虫がたくさんいる」と訴えると「今、薬をまいたからすぐになくなるよ」などと答えてみましょう。
- ・ 患者さんが嫌がっているものが見えるようなら、追い払ったり片づけたりするふりをしてみましょう。
- ・ お茶をすすめる、散歩に連れ出すなど、気分転換をはかることが有効な場合があります。
- ・ 幻視は暗いところで見える場合が多いので、照明を工夫し、部屋を明るくしてみましょう。
- ・ 錯覚を誘発しているもの（壁のしみや雑音、機械音など）があれば取り除きましょう。

⑥せん妄

せん妄を呈する患者さんは軽度の意識障害におちいつています。急に見当識障害が強くなり、不安、恐れ、活発な幻覚、妄想などを伴い、しばしば興奮をきたします。幻覚としては幻視が多く認められます。

【対応法】

- ・ まず、ケアをしている人が落ちつくことが重要です。
- ・ 患者さんの言動を止めようとするとなますます興奮する場合がありますので、焦らず言葉や行動を観察します。
- ・ 不安や恐怖、困惑の強い時は、患者さんを一人にしないように付き添い、優しく話しかけます。患者さんの名前を呼びかけ、ケアをしている人の名前を知らせ、そばについているから安心するように伝えます。また、場所や時間を教えるようにします。
- ・ 刺激的な音や光は避けて、静かな環境の中で過ごせるようにします。
- ・ 身の回りの危険なものは片づけ、安全な環境にします。

- ・ 症状の変動が激しいので、食事や水分の摂取、トイレの誘導など必要な援助は、症状の軽い時にタイミングよく行いましょう。
- ・ 心理的な不安、身体の不調などの原因が見あたらない時、急激に出現した時、頻回におこる時、3～4日と続く場合は医師に相談する必要があります。

⑦不眠・昼夜逆転

高齢者の睡眠は、寝つきが悪く、眠りが浅くなって目覚めやすいのが特徴です。周囲の環境変化に弱く、それまでの生活と条件が異なることが不眠の原因になることもあります。また、昼夜の区別がつかなくなったり、日中活動せず昼寝の時間が多くなったりすると昼夜逆転して、夜眠らず動きまわり周囲の人々が困ることもあります。

【対応法】

- ・ 生活のリズムをつけるように、昼間は散歩に出かけたり、自分のできる仕事をしてもらったりするなど活動性を維持させます。デイケアなどに行っていただくのも一つの方法です。自宅では日中、なるべく横にならないようにしましょう。
- ・ 昼夜逆転の予防には午前中の日光浴が効果的です。
- ・ 寝室の温度、寝具や寝間着を調節し、快い就寝環境を整えましょう。
- ・ 寝つきが悪い時には、ホットミルクなど温かい飲み物を少し勧め、血液の循環をよくすると良いです。足浴やマッサージも効果があります。
- ・ 寝つくまで安心感を与えるために、誰かがそばにいるのも良い方法です。
- ・ 睡眠パターンには個人差があるため、その人のパターンを観察し、適切な生活リズムを整えましょう。
- ・ 眠らないことは家族にとっても大変なことですが、一日ぐらい眠らなくても大丈夫です。安全に注意をして様子を観察することも大切です。
- ・ どうしても眠れない場合は、かかりつけの医師に相談しましょう。軽い睡眠薬を短期間使って眠れるようになることもあります。

⑧興奮と攻撃

認知症の患者さんは、自分の意志や要求を的確に表現したり、様々な状況を理解し判断したりすることが困難になっているため不満や欲求が蓄積されやすい状態にあります。そして自分の要求が受け入れられない時や、思い通りに相手が行動をしてくれない時に興奮や攻撃という形で表現することがあります。興奮している理由を理解しないまま対応すると、さらに攻撃的になり、時には暴力におよぶことがあります。

【対応法】

- ・ 暴力をふるわれた時に、つられてケアをしている人が興奮したり、力で押さえつけたりすることは避けなければなりません。押さえつけようとすると、逆に興奮を増長してしまうことがあります。
- ・ しばらくは離れて患者さんを観察し、少し時間をおいてから他の人が何事もなかったかのように話しかけると有効な場合があります。
- ・ なぜ興奮し攻撃的になったり暴力的になったりしているかを考えます。たとえば、言葉の理解が悪かったり、難聴があったりするとケアをしている人の言うことがわからずイライラして怒ってしまうことがあります。難聴があるときには字で書いて示す方法が有効です。
- ・ ケアする人が身の危険を感じた時には、その場を離れるべきです。
- ・ 刃物などの危険物は遠ざけておきます。
- ・ 物を壊したりケアをしている人に対して暴力的になることが続いたり、あるいは患者さん自身に危険がおよぶ可能性がある場合には、早めに医師に相談してください。

⑨徘徊

徘徊は意味もなく歩きまわっていることもありますが、家（生家）に帰る、職場に行く、トイレを探しているなど、患者さんなりの目的を持っていることも多いのです。

【対応法】

- ・ 動き回ったり、外へ出たがったりしているのを直接止めようとしても逆効果です。
- ・ 患者さんの徘徊の理由を考えることが大切です。もし理由がわかればこれに対する対応を検討します。例えば、「会社に行くのだ」とか「人が訪ねてくるのだが」などと言って徘徊する患者さんに対しては、患者さんの訴えに耳を傾け、「今、急いで書類を作っていますので、できたら連絡します」などと、安心、納得する言葉をかけます。また朝一番の挨拶と共に「今日は、〇月〇日です。〇〇〇を予定しておりますのでよろしく」などと説明します。このような対応で徘徊は少なくなり、落ちついて過ごすことができるようになった患者さんがいます。また何をすべきかがわからず徘徊する患者さんもいます。このような患者さんに対しては、すべきことがわからない時間をなくすように、一緒に景色を眺めたり会話やお茶を楽しんだりしますように対応してみます。
- ・ 「一服しませんか」などと声をかけ、お茶やお菓子の休憩を誘います。職場に行くと言い張る時は「今日は日曜日で休みです」などと説明し、安心していただきま

- す。
- ・ どうしても出ていく場合には適当なところまで一緒に出かけ、連れて帰ってきます。また外へ出てしまった時には、途中で偶然に会ったふりをして連れて帰ってきましょう。
 - ・ 門、玄関などの出口の安全対策が必要です。玄関ベルや鍵は患者さんの目につかないようなところに取り付け、ドアと同じ色のものにするなどの工夫をします。また外出を思いとどませるような貼紙「例えば、故障中。さわるな」をします。センサーを使うのも効果的です。
 - ・ もし徘徊して迷子になっても連絡先がわかるように、衣類の上着の襟裏などに連絡先を記入したり、定期入れ、財布などに連絡先を書いたメモを入れたりしておきます。
 - ・ 身につけておく居場所が分かる携帯機器もありますので、これを患者さんの服などに縫いつけておくことも役立ちます。

(3) ADL障害への対応

血管性認知症の患者さんのADL障害は、身体機能と認知機能の低下がともに関わっていること多く、それぞれの関わりは患者さんによって異なります。ケアとしては、患者さんの身体機能と認知機能の程度に応じた介助や指示・誘導が必要です。

①事故の予防と対策

血管性認知症の患者さんは認知機能だけでなく身体機能も低下していることが多く、さまざまな事故に遭う危険性が高いので、安全な環境づくりが非常に大切です。

a) 転倒・転落の危険性

血管性認知症の患者さんで下肢の麻痺や筋力の低下を伴う場合は、歩行が不安定になります。身体能力の低下に対する自覚が不十分であったり、また視覚や空間認知の障害のために、ものにつまずいたりぶつかったりして転倒しやすくなります。

【対応法】

- ・ 段差をなくす、床に滑り止めを塗るなどの転倒の防止や、クッション性のあるカーペットを敷くなど転倒した場合の危険性の軽減をはかるために、室内環境を整備する必要があります。
- ・ 患者さんに視力障害のある場合は床の色が一部変わっているだけでもまたいだり、

飛び越えようとしたりするため、床の色は同じにする方がよいのです。逆に段差がある場合には目立つように色のテープを張るなどの工夫をします。

- ・ 起きあがりにはベッドが楽ですがその反面、転落の危険があります。長年畳の生活をしてきた患者さんでは、畳と勘違いしてベッドの上で立ち上がって転落することがあり、畳に布団を敷くほうが良いこともあります。ベッドを使用する時はベッド柵を使用するか、ベッドを壁につけて置きましょう。
- ・ 滑り止めのついた靴下やかかとの高くない靴など、安全な履き物を履きましょう。

b) 誤嚥の危険性

血管性認知症の患者さんで嚥下するための口やのどの運動が障害されると、食べ物や飲み物をうまく飲み込めず、のどに食べ物を詰まらせる危険があります。精神症状に対する薬物の副作用として飲み込みが悪くなることもあります。

【対応法】

- ・ 食べ物の形状を食べやすいように工夫しましょう。飲み物でむせる時は、片栗粉でとろみをつけると飲み込みやすくなります。
- ・ 食べ物がのどにつかえてしまった時には、前かがみにさせ、背中を強く叩きます。また、患者さんの後ろから介護者の両手を回しておへその前で手を組み、患者さんのお腹を勢いよく引っ張り込むように押さえれて大きく息を吐き出させます。それでもつかえていれば、指でかき出します。指で取れない時には吸引器が必要です。家庭では掃除機を吸引器の代用として使うことがあります。食べ物がとれた後でも、呼吸時にぜいぜいと雑音を発しているようなら医師の診察を受けましょう。

c) 火の不始末の危険性

認知症の患者さんは、鍋などを火にかけて忘れてしまうことがあります。

【対応法】

- ・ 火の使用はケアをしている人とともに行いましょう。一人で使用できないように元栓を締めるなどの工夫が必要となる場合があります。
- ・ 寝たばこやたばこの火の消し忘れがある時はケアをしている人がたばこを管理しましょう。たばこを欲しがればその都度渡し、吸い終わるのを確認します。火のついたまま、ごみ箱に吸いがらを捨てるようならごみ箱を金属製のものにします。
- ・ 暖房器具はセラミックヒーター、調理器具は電磁調理器など、安全な器具を使います。
- ・ 火災報知器やガス漏れ探知機を備えておきましょう。