

(ii) 見当識障害

今がいつか（時の見当識）、ここがどこか（場所の見当識）、この人が誰か（人の見当識）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など）に、多くみられます。

時の見当識障害によって、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皆のお世話を必死に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。また自分の部屋や、トイレの場所がわからず、家の中で迷います。あるいは、今いるところが自分の家であることがわからず、家に帰ると訴えたりします。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言ったりします。アルツハイマー病の患者さんでは最近の記憶が失われる一方で、古い記憶は残りやすいという特徴があります。古い記憶だけが残るために、アルツハイマー病の患者さんでは、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

(i) 妄想

妄想とは、根拠が弱いのに関わらず非常に強い誤った思いこみのことです。説得等によって訂正不可能なことがほとんどです。妄想は特定の脳部位の障害により形成されることもあります。注意力障害、記憶力障害、判断力低下などが基礎にあり、現実を正しく把握できないため生じることもあります。また身体機能の低下、聴力・視力の低下も妄想の出現につながります。

妄想はアルツハイマー病の初期から中期に認められることが多く、物盗られ妄想と被害妄想が多くみられます。物盗られ妄想とは、金品を盗まれたという思い込みです。財布や眼鏡などの身の回りのものをしまい忘れてたり、置き忘れてたりしても、人に盗まれたと誤ってしまいます。直接介護している身近な人に疑いをかけることがよくあります。ケアをしている人が対象の場合は患者さんが入院したり、ショートステイを利用したりすることによって軽減することがあります。しかし入院中でも同室患者さんが物をとると言い始めることがあります。被害妄想とは、見捨てられる、おとし入れられている、監視されているなどといった思い込みです。ケアをしている人との日頃の人間関係のもつれから生じてくることもあります。

【対応法】

- ・ 否定や訂正をされ、自分の体験が信じてもらえず不安感や怒りにより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物盗られ妄想の対象となり、介護が難しい場合はデイケアや

ショートステイ、介護施設では対処困難な場合は精神科の病院などを利用し一時、環境を変えてみましょう。妄想の対象者と患者さんと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。

(ii) 幻覚

幻覚とは、実際には存在しないはずの光・音・嗅い・味、あるいは身体の中や外の感じが、あたかも現実であるかのように感じられる症状です。それぞれ「幻視」、「幻聴」、「幻嗅」、「幻味」、「幻触」と呼ばれています。幻視は実際にそこにはないもの、たとえば人・小動物・昆虫などが見えるという訴えです。幻聴では多くは意味のある言葉が聞こえますが、無意味な音や音楽が聞こえる場合もあります。自分に対しての噂、批判、悪口、命令であったりもします。頭の中に直接響く、耳から聞こえる、お腹から聞こえるなど様々な感じ方をします。幻嗅では異常な臭いがします。自分の体臭を強く感じることもあり、自分が臭いを発散するために他人が鼻をつまんだり、臭いと言ったり、自分を避けるなどの妄想に発展することがあります。幻味は異常な味がすると言います。これから毒を盛られたなどの被害妄想に発展することがあります。

【対応法】

- ・ 患者さんは実際に感じているのですから、訴えを受け止め、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」と訴えたと「今、薬をまいたからすぐにいなくなるよ」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振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を試みて気分転換をはかることも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ですから、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。

(iii) せん妄

強い見当識障害に、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、急性に経過する状態です。幻覚中では幻視が多く認められます。せん妄が夜間に出現する事も多くあり、これを夜間せん妄といいます。突然意味不明な言葉や、つじつまの合わないことを言ったり、荷物をばらまいたり、裸になってウロウロとしたりというような滅裂な行動をすることがあります。制止しようとするときにさらに興奮して、暴言、暴力におよぶこともあります。せん妄は、アルツハイマー病の症状の一つとして出現することもあります。感染、発熱、脱水、薬物の副作用などの内科的合併症が誘因となることも多く注意が必要です。

【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。
- ・ 言動や行動を止めようとするとき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。

(iv) 興奮と攻撃

アルツハイマー病の患者さんは、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、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。

(v) 徘徊

患者さんが目的を持たずに、または他者にその行動の目的が理解しがたい状況下で患者さんが歩き回る行動です。しかし家（生家）に帰る、職場に行く、トイレを探しているなど、実際にはなんらかの目的を持っていることが多いです。

【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」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、○月○日です。○○○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。
- ・ 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くことも役立ちます。

- ・ 最近では身につけておくと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。

(vi) 自発性の低下

自発性とは、意志や欲求に基づいた行動を自ら発動することをいいます。自発性が低下しても周囲の皆さんに対し直接に影響を与えることはありませんが、活動しないことにより不眠や昼夜逆転の原因となったり、筋力が衰え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有効な方法です。

(vii) 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皆さん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。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。

(viii) 不安・帰宅要求

アルツハイマー病の患者さんは現在の状況を適切に把握することが苦手なので不安になりやすいです。特に旅行や入院など環境が変化した時に不安は高まりやすいです。不安には恐怖、切迫感、緊張などをともなうことがあり、落ちつきなく動く、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強くなることが多いです。

【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。夕食のひと時を誰かと一緒にすごすようにしてみましょう。

③日常生活活動 (Activity of Daily Living: ADL)

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、より高度な手段的日常生活活動（金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など）の2種類があり、の患者さんでは、後者の方から障害されます。アルツハイマー病患者さんのADLの障害は、認知機能の低下によることが多く、身体的原因にはよらないことが多いです。このためケアをしている人の介護としては主として指示や誘導が中心となります。

(i) 食事

アルツハイマー病の患者さんは、記憶力や判断力の低下にともない、自分ではバランスよく適切な量の食事を摂取できなくなります。このために体調を崩しやすくなります。

す。そして体調の悪化が認知症状の悪化につながってしまう場合も少なくありません。アルツハイマー病の患者さんでは、食べたばかりなのに食べたことを忘れてまた食べる、同じ物ばかり食べる、食物でない物を食べる、食べようとする意欲がなくなる、食べることを拒否する、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食行動の異常が生じます。

(ii) 過食

記憶障害により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、など種々の原因により生じます。

【対応法】

- ・ 食器を小さな物にし、おかわりに応じる、食事を小分けにして食事回数を増やす、というように食事を工夫します。またゆっくり時間をかけてよく噛んで食べるように指導します。
- ・ 早く食事を欲しいと患者さんが言った場合は、食事の支度中であることや、次の食事時間を説明します。
- ・ 食べ終わった後の食器をすぐに片付けないようにします。
- ・ どうしても間食がとめられない時にはカロリーが低い食べ物を選びましょう。
- ・ 冷蔵庫には鍵をかけ、身近に食べ物を置かないようにしましょう。
- ・ 散歩や簡単な仕事などで気を紛らわせましょう。
- ・ 体重測定をし、体重増加がないかチェックしましょう。

(iii) 異食

食べ物以外の物を食べ物と認識して口にすることを異食と言います。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ったり、味覚や嗅覚の低下が原因となったりして生じます。

【対応法】

- ・ 異食のパターンを観察し、洗剤や歯磨き粉など異食の危険のある物を目の届くところに置かないようにしましょう。
- ・ 異物が口の中にあればあわてず、速やかに取り出し、誤嚥の有無を確かめましょう（誤嚥の項参照）。

(iiiiv) 食事態度の変化

アルツハイマー病の患者さんは食事中でも容易に注意がそれ、食べることに集中できず時間がかかることがあります。また食べる行為そのものがわからない、食べ方がわからないなどのために食事をとらないこともあります。また行動に抑制がきかない為、食事をかき込んで食べることもあります。アルツハイマー病の患者さんでは飲み込みの

障害は出にくいですが、進行期には出現することがあります。また薬物治療中であれば副作用として飲み込みが悪くなることもあります。このような場合は食事をかき込んで食べると喉を詰める恐れがあるため注意が必要です。

【対応法】

- ・ 食べることに集中できない場合は、テレビを消したり食卓や周囲に注意散漫の原因になるような物を置かないようにしたりしましょう。
- ・ 食べ物を全部一緒に混ぜるなど食べ物で遊んでしまう時は、家族と同じ大きな皿にもらず、患者さんのものは別に盛りましょう。
- ・ 食べ物を一気に食べてしまう場合は、少しずつ分けて出しましょう。
- ・ 食事の途中で適時に指示をすることが必要な場合があります。
- ・ 食べ物をこぼす、あるいは周囲を汚す場合はエプロンを掛けましょう。
- ・ 箸やスプーンが使えず手づかみで食べようとする場合は、指でつかめるおにぎり、寿司、サンドイッチなどを用意して食べやすいように工夫しましょう。
- ・ 自分の物を食べずに他人の物を食べる時は皿の配置を換えてみましょう。視線が向くところに食べ物を置くとうまく食べられることがあります。

(iv v) 排泄

(a) 失禁・不潔行為

失禁は便、尿が出ることが感じられない、風呂や廊下をトイレだと思ってしてしまう、トイレの場所がわからず探し回る、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などにより生じます。自尊心や恥ずかしさの感情は、病気がかなり進んでもあるので、他人にケアされることを嫌がり、自分で何とかしようとして、汚れた下着を隠したり、始末しようとしたりして、床や壁を汚すというような不潔行為につながることもあります。

【対応法】

- ・ ケアする人が効果的な誘導を行うためにはタイミングが大切です。排泄パターンを観察し誘導時間を決めたり、便意や尿意の徴候をとらえたりすることが重要です。落ち着きがなくなる、徘徊が始まるなど急に行動が変わった時などにトイレに誘導してみましょう。
- ・ 誘導を嫌がる場合にはケアをしている人がトイレに行く時に一緒に誘ってみましょう。また、どこに行くのかを告げずに「こちらに来ていただけますか」と誘導し、トイレの前でついでのように「トイレに行きませんか」と勧めてみるのも良いです。
- ・ ケアする人は患者さんの失敗を叱らないようにしましょう。失敗した時は、入浴時などに患者さんが気づかないようにさりげなく対処しましょう。
- ・ 夜間にだけ失敗する時は就寝前に排尿をきちんとして、夕方以降は塩分や水分の

摂取を控えましょう。また身体を冷やさないように衣類や寝具に配慮しましょう。

- ・ トイレ動作ができない時には、身振りで伝えるとうまくいくことがあります。
- ・ 衣類を工夫することも重要です。スカートを汚しやすい場合にはズボンに、ズボンの上げ下げがしにくい場合には、ウエストがゴムになったズボンが良いです。
- ・ できないところだけをケアし、できるところは可能な限り自分でしましょう。全てをケアすると、自分でできなくなってしまうことがあります。失禁パット、失禁パンツ、オムツパンツなどは必要に応じて使用しましょう。
- ・ トイレの場所がわからない場合には、見やすい文字で「便所」と貼紙をしたり目印をしたりします。またトイレのドアを開放し、明るくしておくのも良いです。
- ・ トイレと思いこんで玄関、廊下、部屋の隅、風呂場などで排泄（排尿・排便）を行うときがあります。その場合には、その場所にポータブルトイレやトイレ代わりのバケツを置くとよいです。
- ・ トイレまで間に合わない場合には、ポータブルトイレを身近に置きましょう。
- ・ 失禁は尿路感染症などの内科的疾患が原因となっていることもあります。急に失禁が始まったり、悪化したり、発熱を伴っていたりする場合には医師の診察を受けましょう。

(b) 便秘

高齢者では運動不足もあり、腸の動きが低下しがちです。また食事量の減少や消化のよい物ばかり食べることも影響して便秘が生じやすくなります。患者さんでは便秘を自ら訴えることが少なく、食事量も変わらない場合も多いためケアをしている人に気付かれにくいことがあります。

【対応法】

- ・ 患者さんに聞いてもはっきりしないことが多いので、頻回にトイレに通ったり、いつになく不機嫌で怒りっぽくなったりしたときには、便秘に注意して観察します。腹部の張り具合も観察します。
- ・ 食事の工夫が一番ですが、お腹のマッサージも効果的です。
- ・ 早朝の冷たい飲み物も効果的です。
- ・ 適度な運動も効果があります。
- ・ 朝や食後など毎日決まった時間にトイレに誘導しゆっくり排泄できるように配慮しましょう。
- ・ 頑固な便秘には下剤の使用が必要な場合もありますので、医師の診察を受けましょう。下剤使用時には下着を交換する時に下痢の有無をチェックしましょう。

(vi) 清潔

整容に無頓着になったり清潔動作ができなくなったり清潔にする方法が理解できな

くなったりすることにより十分に清潔を維持することができなくなります。

【対応法】

- ・ ケアする人が何ができて何ができなくなっているのかを十分に観察し、できないところを手助けします。耳、爪の手入れ、指の間なども注意が必要です。声かけ、洗う部位を指さす、触れて示すなどなるべく自分で洗えるように誘導しましょう。
- ・ 汚れた下着と新しい下着などの区別ができない時は、患者さんが入浴している間にケアする人が取り替えましょう。
- ・ ケアする人が補助するときには、洗面は洗面所に誘導し、手を先に洗ってから顔を洗うようにケアします。これは手を先に洗うと自然に次は顔を洗う動作に移りやすいためです。
- ・ 食事の後は水やお茶をたっぷり飲ませて口の中の食べかすを取り除きましょう。
- ・ うがいはなかなかむずかしい動作です。飲み込んでしまう場合は歯磨き粉を使わないようにしましょう。「ブクブクして」と言いながらケアする人が一緒におこなってみると患者さんが真似しやすいと思います。
- ・ 入れ歯は合っていないと口の中を傷つけたりかみ合わせに障害をおよぼしたりするため、口の中を十分観察して痛みの訴えや、発赤、びらん、潰瘍などがあれば歯科医に診てもらいましょう。食事の時しばしば義歯を外してしまう行動がある患者さんは入れ歯があっていない可能性が高いです。
- ・ 洗面、歯磨き、入れ歯の手入れなどの清潔の維持は日課に入れて、決まった時に決まった場所でするようにしましょう。

(vi-vii) 衣服・着替え・身だしなみ

整容に無頓着になる、億劫になる、理解力・判断力が低下する、動作ができなくなるなどにより、身だしなみを整えることができなくなる場合があります。着る順序がわからない（下着を上着の上に着る、パジャマの上に服を着る）、衣類の選択ができない（冬物、夏物など）、ファスナーやボタンかけなどの複雑な動作ができない、きちんとした髪型や化粧ができないなどの障害が起こってくる場合があります。

【対応法】

- ・ ケアをしている人が患者さんの衣服や身だしなみに関心を持ち、なぜできないのか、動作がどの程度できるか、どのようなケアが必要かなどを観察し考えることが重要です。
- ・ 患者さんが自分で脱ぎ着できるような服を選びましょう。
- ・ ケアのしやすさのみを優先した衣服選びをせずに、患者さんの好みを尊重しましょう。常識的な服装でなくても困らなければ良いのではないのでしょうか。
- ・ 順番に服を並べたりケアをしている人が一枚ずつ手渡したりすることにより自分で着ることができるようになる場合もあります。

(viii) 食事・服薬・入浴などの拒否

アルツハイマー病の患者さんはいろいろなことを拒否することがあります。食事や服薬、入浴を拒否したり、時にはケアをしている人をも拒否したりすることがあります。拒否には大抵は理由がありますが、患者さんはその理由をうまく表現することができないため、ケアする人はそれに対応することが難しくなります。よく患者さんを観察して拒否の理由を推測し、患者さんの思いに添うようにできると拒否は軽減します。

(a) 食事の拒否

食事を拒否する理由としては、口内炎や入れ歯が合わないなどの口の中のトラブル、環境変化によるストレス、気になることがあるため、何らかへの抗議、抵抗の表現としてなどがあります。またうつ、毒を盛られているといった妄想、幻覚などの精神症状、感染症や胃腸の病気、便秘、腹痛などの内科的疾患や症状によることもあります。一回くらの拒否は心配ないのですが、何度も続くと体力の低下につながるおそれがあります。

【対応法】

- ・ 食べない理由や原因を考えます。コミュニケーションに問題があり、意志疎通が困難な場合には、特にケアをしている人が患者さんの心身の状態を観察する必要があります。
- ・ 食事の時間をずらしてみましよう。
- ・ 患者さんの好きな食べ物を準備してみましよう。
- ・ 食べやすい形、大きさにしてみましよう。
- ・ 皿の配置を換えたり、患者さんの視線が向くところに置いたりしてみましよう。
- ・ 食事中に気が散る患者さんに対しての声かけは最小限にしましよう。
- ・ 体重の減少がないか定期的にチェックしましよう。

(b) 入浴の拒否

入浴を拒否する理由としては、裸になるのが不安、何をするのも億劫、脱いだ服を盗まれないかと気になる、身体障害のために入浴動作そのものがない、入浴すること自体が理解できないなどがあります。入浴の拒否が続くと不潔になり、皮膚病や感染症などの原因になります。

【対応法】

- ・ 気分の良い時をみはからって、入浴を誘ってみましよう。
- ・ 「温泉に入りましよう」、「一緒に入りましよう。」、「〇〇がありますのでお風呂に入っておきましよう」など誘い方を工夫しましよう。
- ・ 散歩の後に「汗をかいているからお湯をかぶるだけでも」と勧めてみましよう。

- ・ 違う人に勧めてもらいます。
- ・ 入浴のあとに楽しみを用意してみてもはどうでしょうか（例えばビールを飲むなど）。
- ・ 入りたがらない日は次に入る日を約束しカレンダーに書きとめ、その日には「今日はお風呂の日ですよ、さあ入りましょう。」と勧めてみましょう。
- ・ 入浴するということが理解できない人には、何も告げずに風呂場に誘導するとうまくいく場合があります。
- ・ 長期にわたって入浴していない時には少し無理をしても入浴させた方が良い場合があります。入浴前には強く抵抗した患者さんでも一旦入ってしまうと、入浴後に「気持ちよかった」と言うことが多いようです。
- ・ どうしても家では入浴できない場合は、デイサービスの入浴サービスや訪問入浴サービスなどを利用しましょう。
- ・ 一旦風呂にはいると、風呂から出るのを拒否することもあります。このような場合は、患者さんと一緒に風呂に入ったり、気をひくような言葉をかけ（御飯ですよ）たり、風呂の栓を抜いてお湯を空にして浴槽から出るよう促したりしてみましょう。

(c) 服薬の拒否

内服を拒否する理由としては、自分が病気であるという自覚がないことや毒を盛られているといった妄想などの精神症状によるものなどが考えられます。無理に勧めても吐き出したりします。なぜ拒薬するのかの原因を知って対応することが大切です。

【対応法】

- ・ 「血圧が高いので下げる薬です」、「ビタミン剤です」など納得しやすいような説明をしてみましょう。
- ・ 患者さんの飲みやすい形状にするのも良いです。粉薬はオブラートに包んだり、カプセルに入れたりすると飲み易くなります。
- ・ 周囲の人が薬を飲んでいることを示すと服薬することがあります。
- ・ 拒否が強い場合には、食事の後に好きな食べ物や口当たりの良い食べ物を用意しましょう。またデザートなどに薬を混ぜて飲ませることが必要になる場合もあります。食事のはじめに勧めたり、食事全体に混ぜたりすると食べる気が無くなりやすいので避けましょう。いずれにしても食物に混ぜるのは最終手段です。
- ・ どうしても拒薬する場合には最も大切な薬のみを服薬しましょう。
- ・ 物忘れのためにかかっている病気のことを忘れてしまっている患者さんには憶えている他の病気の薬と覚えて服用しましょう。例えば、1年前の心筋梗塞の出来事は忘れていたためこの薬を拒否する場合には、現在治療のために通っている歯科の薬として服用してもらおう等です。

(viii) 事故の予防と対策

アルツハイマー病の患者さんは、その時は理解したつもりでもあとで忘れてしまったり、十分に注意することを忘れてたりして事故にあうことがあります。周囲の人ともに安全な環境づくりが大切です。

(a) 転倒・転落

高齢者は歩行が不安定になり、転倒しやすくなってきます。

【対応法】

- ・ 段差をなくす、床に滑り止めを塗る、クッション性のあるカーペットを敷くなどの室内環境の整備は有効です。
- ・ 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です。
- ・ 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、畳のままの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) 火の不始末

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共に行いましょう。一人では使用できないように元栓を締めるなどの工夫が必要かもしれません。
- ・ 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しょう。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しょう。
- ・ 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しょう。
- ・ 火災報知器やガス漏れ探知機を備えましょう。
- ・ マッチやろうそくなどの引火物は患者さんの目に付かないところにしまっておき、ケアする人と一緒に使うようにしましょう。

(c) 誤嚥

認知症患者さんではうまく飲み込めず、喉に食べ物を詰まらせる場合があります。

【対応法】

- 食べやすい形状を工夫しましょう。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。
- 食べ物が喉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。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います。食べ物がとれた後でも、呼吸時にぜいぜいと雑音を発するようであれば医師の診察を受けましょう。

(d) 自傷

アルツハイマー病の患者さんは自分の体を自分で傷つけてしまうことがあります。

【対応法】

- そのような場合は、ハサミ、ナイフ、包丁、カミソリなどは目の触れないところにしまっておきましょう。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

血管性認知症のBPSDの治療ケアマニュアルの作成

分担研究者 遠藤英俊（国立長寿医療センター）

研究要旨：血管性認知症のBPSDの症状はさまざまであり、個別性が高いために、対応が困難な場合がある。具体的には妄想や徘徊、感情失禁などの症状があり、その程度も様々である。そこで本研究ではスタンダードとしての治療ケアマニュアルの作成を行うこととした。まず治療薬のスタンダードを作成した。次にBPSDもつ患者の病診連携シートの作成を行った。また投与後の有害事象のフォローを患者・介護者の参加のもとに行うためのフォローアップシートの作成を行った。これらを総合的に利用することで治療ケアマニュアルとすることが可能となる。

A. 研究目的

本研究の目的は、血管性認知症のBPSDの症状はさまざまであり、個別性が高いために、対応が困難な場合がある。具体的には妄想や徘徊、感情失禁などの症状があり、その程度も様々である。そこで本研究ではスタンダードとしての治療ケアマニュアルの作成を行うこととした。

B. 研究方法

研究方法としてマニュアルの作成には①典型的な症状の観察、情報収集を行う②次にこの結果をもとに薬物療法のスタンダードを検討する③また病診連携のための連携シートを作成する④最後に介護者や介護者に投与後の症状観察チェックシートの作成を行うこととする。（倫理面への配慮）本研究は基本的に患者の入院、外来の観察調査に基づき行われ、診療の一環として実施され、個人情報扱うことはない。なお研究発表、研究報告にあたっては個人情報の保護に留意する。

C. 研究結果

現時点では、血管性認知症のBPSDに対す

る薬物療法のスタンダードを作成したが（表1）、治療はあくまで、個別性が高いため、薬物処方パターンを作成を行った。現在認知症関連学会において認知症のガイドラインが検討されている今後はそのガイドラインを参考にして、修正も必要となろう。次に表2に示したような連携シートを作成し、その内容について検討を行っている。

D. 考察

現在認知症関連学会において認知症のガイドラインが検討されている今後はそのガイドラインを参考にして、修正も必要となろう。次に表1に示したような連携シートを作成し、その内容について検討を行っている。

E. 結果

血管性認知症のBPSDに対する薬物療法のスタンダードを作成したが、治療はあくまで、個別性が高く、オーダーメイド治療が必要となる。その上でスタンダードとして利用可能な薬物処方パターンを作成を行った。次に連携シートを作成し、その内容について検討を行っている。

F. 研究発表

遠藤英俊：Ⅲ法的知識 F. 高齢者介護に関する法と施設. 精神科専門医のためのプラクティカル精神医学 661-670, 2009

遠藤英俊：介護保険. 改訂第7版内科学書 vol. 1:265-271, 2009. 11. 10

遠藤英俊:第8章精神科医療8-2-5 認知症. 精神保健福祉白書 2010 年版 :139-139, 2009. 12

梅本充子、遠藤英俊、三浦久幸：認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGER の検討(第1報)－信頼性の検討－. 老年精神医学雑誌 20(10): 1139-1148, 2009

遠藤英俊、三浦久幸：高齢者診療マニュアル 後期高齢者医療(長寿医療)制度. 日本医師会雑誌 138(2):318-319, 2009. 10. 15 発行

三浦久幸、中島一光、遠藤英俊：7. 高齢者終末期医療・ケアの国際比較. Geriatric Medicine (老年医学) 4月号 47(4):487-491. 2009

飯島節、遠藤英俊、百瀬由美子、井口昭久：座談会・高齢者の終末期をめぐる諸問題. Geriatric Medicine (老年医学) 4月号 47(4):509-521. 2009

Yukiko Tanaka, Kumiko Nagata, Tomoe Tanaka, Koichi Kuwano, Hidetoshi Endo, Tetsuya Otani, Minato Nakazawa, Hiroshi Koyama : Can an individualized and comprehensive care strategy improve

urinary incontinence (UI) among nursing home residents? Arch Gerontol Geriatr 49(2):278-83, 2009

石附 敬、和気純子、遠藤英俊：：重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. 老年社会科学 31(3):359-365, 2009

2. 学会発表

遠藤 英俊 : Study of CGA36 (Center version) on frail elderly in Japan. 第19回世界老年医学会議 I A G G 2009 パリ (フランス) 2009. 7. 5-9

遠藤英俊：健康高齢者に対するグループ回想法の認知機能と生活に与える効果・A県B市回想法センターにおけるグループ回想法から展開した高齢者の活動支援について・認知症ケアの発展的評価のための評価員派遣システムに関する調査研究 第10回日本認知症ケア学会大会 東京 2009. 10. 31-11. 1

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。

2. 実用新案登録
なし。

3. その他
なし

表1. 血管性認知症のBPSD治療アルゴリズム

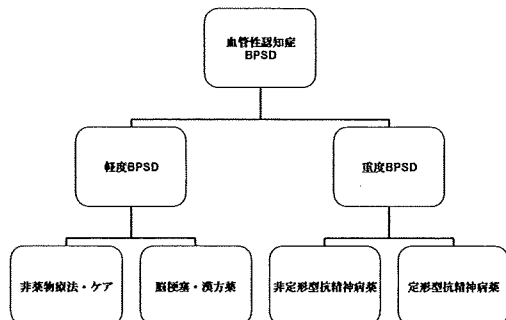


表2. 認知症 BPSD 連携シート

認知症BPSD連携シート＜ 病院 → 診療所 ＞

- ・ 氏名・生年月日
- ・ 住所・電話番号
- ・ 当院カルテ番号
- ・ 主介護者氏名・続柄・連絡先
- ・ 介護保険の状況
- ・ 病院の判断
- ・ 1)今のところ、認知症の心配はありません。
- ・ 2)軽度認知障害の範囲と考えます。
- ・ 3)認知症を発症していると思われます。
- ・ ・アルツハイマー型認知症
- ・ ・レビー小体型認知症
- ・ ・前頭側頭葉型認知症
- ・ ・脳血管性認知症
- ・ ・その他の特殊な認知症 ()
- ・ 検査所見・コメント:
- ・ CT,MRI()
- ・ SPECT()
- ・ MMSE()
- ・ BPSD()
- ・ 今後の連携方針
- ・ 1)かかりつけ医での定期受診を継続してください。
- ・ 2)今後も病院での定期病状評価が必要です。(ヶ月後)
- ・ 治療方針
- ・ 1)現状では治療は不要です
- ・ 2)ドネペジルの内服が必要です(副作用なく導入可能でした。継続をお願いします)
- ・ 3)BPSDに対する薬物治療が必要です(継続をお願いします)
- ・ 4)その他()

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

レビー小体型認知症における重症度別 BPSD の治療・ケアマニュアル作成

分担研究者 井関栄三（順天堂東京江東高齢者医療センター）

研究要旨：レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）は、アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease: AD）に次いで頻度の高い神経変性認知症疾患であり、AD とは臨床症状や薬物治療の効果が違うことから、疾患特異性を考慮した薬物治療・ケアが望まれている。しかし、疾患別の治療とケアの方法は確立されていない。当研究では、DLB の病期別における臨床症状の頻度、認知機能、ADL に準じた薬物治療とケアの標準化を行い、その結果に基づき、治療・ケアマニュアルを作成し、医療・介護現場で実用化が可能となる。

A. 研究目的

本研究の目的は、2 番目に頻度が高い変性型認知症であるレビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）の病期別における臨床症状の頻度、認知機能、ADL に準じた薬物治療とケアの標準化を行い、その結果に基づき、治療・ケアマニュアルを作成することである。

B. 研究方法

Probable DLB の臨床診断が確定された症例の臨床経過について、後方視的に調査し、DLB の病期分類を作成した（表 1）。尚、評価時点における各症例について、既存の評価尺度を用いて臨床症状（NPI）、認知機能（MMSE）、IADL、ADL について評価を行った。作成した病期分類をもとに、更なる症例の蓄積により改良を加え、評価時点における各症例について、既存の評価尺度による病期分類の妥当性の検討を行った。（倫理面の配慮）認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報につい

て厳重に管理した。

C. 研究結果

Probable DLB の臨床診断が確定された症例の臨床経過について、DLB の病期分類を作成した。現時点で明らかになったことを示す。

- ①現在検討した 20 症例のうち、中核症状である幻視は約 80% に認めており、幻視の出現時の認知機能は、平均 MMSE、HDS-R とともに 21 点と比較的保持されていることが明らかとなった。また、介護者が患者の記憶障害に気づいてから平均約 1 年で幻視が出現していた。患者の中には、幻視そのものを自覚し、幻視に影響されないよう自己制御できているものがいた。
- ②幻視に対する抗精神病薬として、Consortium on DLB (CDLB) のガイドラインで推奨されているクエチアピンで効果が認められない場合、あるいは糖尿病などの合併症のため使用できない場合、リスペリドンとともにアリピプラゾールが

奏功した症例を認めた。さらにリスペリドンの使用によって錐体外路症状の出現を認めた症例において、アリピプラゾールにより副作用が目立たず、幻視が軽快した症例を認めた。

D. 考察

DLB 患者では、認知機能が保持されている時期に幻視が認められ、精神症状に対する心理教育が有効であると考えられた。そのため、幻視に対する病識を獲得する過程を明らかにするために、心理士による患者本人に対する面接を行っている。同時に、幻視の内容と患者本人の心理的背景について検討を行っている。また、幻視が出現する環境的因子を明らかにするために、幻視の発現時刻・発現場所などについて、介護者に対する面接を行い、さらなる治療マニュアルの充実を図っている。アルツハイマー型認知症に対するアリピプラゾールの効果について既に報告されており、錐体外路症状の増悪なしに精神症状に対する効果が認められたことが明らかになっており、DLB の薬物治療の標準化のため、症例の蓄積を継続している。

E. 結論

DLB では、精神症状、運動症状、自律神経症状の各症状に対する薬物治療が相反する効果を及ぼすことがあり、治療の優先順位を考慮せねばならない場合がある。一方で、各症状が連動して改善することもあり、非薬物的な対応も重要である。本研究班における初年度のケア施設で対処困難な BPSD などの結果を基盤として、

医療・介護の対応すべき症状の明確化を行うことが、適切な時期に適切な対応を可能とし、実際的な知識の啓蒙、普及に繋がると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

藤城弘樹, 村山憲男, 井関栄三 レビー小体病としてのレビー小体型認知症 精神科治療学 24: 1357-64, 2009

藤城弘樹, 井関栄三 DLB と PDD は同じ病気か違う病気か? 違う病気である Clinical Neuroscience 2010 印刷中

井関栄三, 村山憲男: レビー小体型認知症. 老年医学の基礎と臨床 II, 浦上克哉編集, ワールドプランニング, 東京, 274-281, 2009

Iseki E, Murayama N, Yamamoto R, Fujishiro H, Suzuki M, Kawano M, Miki S, Sato K Construction of a ¹⁸F-FDG PET normative database of Japanese healthy elderly subjects and its application to demented and mild cognitive impairment patients. Int J Geriatr Psychiatry (in press)

Murayama N, Iseki E, Endo T, et al: Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging & Mental Health 13: 563-568, 2009

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし