

平成24年度～26年度 研修会開催状況

年月日	場所	実施主体	内容
2012/4/12	三鷹ネットワーク大学	三鷹市	三鷹市における認知症連携について
2012/6/7	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	アルツハイマー病の治療薬について～精神科の立場から
2012/6/13	小金井医師会館	小金井市・国分寺市医師会	認知症日常診療のポイント
2012/7/5	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	アルツハイマー病の新たな治療戦略－患者・家族のニーズに応じた薬物療法
2012/9/11	武蔵野市役所	武蔵野市	デイサービス・デイケア職員対象講習会
2012/10/12	調布市文化会館	杏林大学	認知症と向き合う（一般市民向け）
2012/10/16	武蔵野市福祉公社	武蔵野市	認知症見守り支援ヘルパー養成研修
2012/10/18	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	認知症の画像診断－背景病理推定の意義
2012/10/20	三鷹労政会館	三鷹市	世界アルツハイマーデー記念イベント・認知症の診療と地域連携
2012/10/3	武蔵野福祉公社	武蔵野市	デイサービス・デイケア職員対象講習会
2012/11/19	吉祥寺第一ホテル	医師	新しい認知症診療とBPSDを考える
2012/11/20	武蔵野市役所	武蔵野市	デイサービス・デイケア職員講習会
2012/11/22	杏林大学医学部付属病院	三鷹市・武蔵野市	大阪府和泉市認知症連携に関する視察
2013/1/16	府中市役所	府中市	認知症の病態と症例について
2013/2/8	小金井医師会館	小金井市医師会	認知症の病態と地域連携
2013/2/14	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	パーキンソン病の病因・病態に関する最新トピックス
2013/2/22	多摩府中保健所	東京都多摩府中保健所	北多摩南部地域保健医療協議会
2013/3/16	三鷹市公会堂 多目的室	一般市民	街ぐるみで考える認知症講演会
2013/4/25	武蔵野プレイス	武蔵野薬剤師会	認知症と治療薬の効果
2013/5/9	杏林大学病院	地域のかかりつけ医	アルコールと認知機能障害
2013/5/31	吉祥寺第一ホテル	地域のかかりつけ医	認知症における診断と連携を考える－2013－
2013/9/6	武蔵野プレイス	北多摩南部地域各市医師会	認知症を地域で考える会

2013/9/24	小金井市医師会館	小金井市福祉保健部	小金井市認知症連携シート活用研修
2013/9/26	特別養護老人ホーム鳳仙寮	府中市地域包括にしふ	家族介護教室「認知症について学ぼう」
2013/10/16	武蔵野市高齢者総合センター	武蔵野市福祉公社	認知症の理解と最近の治療の動向
2013/11/5	調布市医師会館	調布市医師会	調布市医師会認知症勉強会
2014/4/11	青木病院	青木病院	認知症をみるということ
2014/5/23	ルミエール府中	府中市医師会	三鷹市、武蔵野市の認知症連携に関する紹介
2014/5/23	松井外科病院	松井外科病院看護部	認知症とは・認知症ケア、せん妄について
2014/5/30	松井外科病院	松井外科病院看護部	認知症とは・認知症ケア、せん妄について
2014/6/26	吉祥寺第一ホテル	かかりつけ医等	「もの忘れセンターにおける服薬アンケートの中間報告」「認知症薬物療法を再考する」
2014/7/12	三鷹ネットワーク大学	杏林大学・三鷹ネットワーク大学	地域で認知症をみる」
2014/7/29	府中市役所	府中市地域包括相談員等	医療・介護の地域連携ともの忘れ相談シートの活用／認知症連携について
2014/7/30	杏林大学医学部附属病院	東京都医療社会事業協会	認知症の診断・治療／認知症疾患医療センターの取り組み
2014/9/30	三鷹市公会堂	三鷹市老人クラブ	市民向け講座「認知症にならないために」
2014/10/4	杏林大学医学部附属病院	圏域内急性期病院看護師	看護師認知症対応力向上研修
2014/10/16	調布市文化会館たづくり	調布市地域包括支援センターちょうふ花園	介護支援相談員研修会
2014/11/1	武蔵野日赤病院	三鷹・武蔵野・小金井排尿障害勉強会	認知症と排尿障害について
2015/1/15	調布市文化会館たづくり	調布市	調布市認知症コーディネーター企画研修・包括看護職対象
2015/1/27	小金井市民交流センター	小金井みなみ地域包括支援センター	認知症講演会「認知症の理解と対応」

認知症のことで困ったら



認知症はいまや非常にありふれた病気です。ご家族が認知症になったら、どういう病気で、どのように対処すればよいのか悩むことが多いと思います。そのような心配を解決できるようにこの冊子を作りました。どうぞお役立てください。

目次

はじめに……4

I. 認知症の基礎知識……5

1. 認知症とは

2. 認知症の症状

- 1) 認知症状と行動・心理症状
- 2) 生活障害と社会的認知機能障害

3. 原因となる病気の特徴

- 1) アルツハイマー型認知症
- 2) レビー小体型認知症
- 3) 前頭側頭型認知症
- 4) 血管性認知症
- 5) 治療できる認知症
- 6) 軽度認知障害：正常と認知症の間

4. 認知症と区別が必要な病気

- 1) せん妄という意識障害
- 2) うつ病やうつ状態

5. 治療薬

- 1) アルツハイマー型認知症治療薬
- 2) その他の薬剤

II. 行動・心理症状を予防する家族ケア……10

1. 認知症の本質である病識のなさを理解する

2. 気づかないうちに叱っている？

3. ケアの原則：本人の立場になって感じる・考える

4. 役割や褒めることの効用

5. 安心をもたらすケア

III. 家族介護者への支援……13

1. 家族介護者を支える
2. 相談役
3. 燃えつきの防止

情報提供やサポート体制……14

IV. BPSD への対応……15

1. BPSD 早期対応の意義
2. BPSD はなぜおこるの？
3. BPSD と思ったらどうすればいいの？
4. BPSD の相談先は？
5. BPSD をおこさないためには、どうすればいいの？
6. こんな症状が出たら、どう対応するの？
 - 1) 幻覚
 - 2) 妄想
 - 3) 帰宅願望・徘徊
 - 4) 暴言・暴力
 - 5) 不潔行為
 - 6) 異食・盗食
 - 7) 大声
 - 8) 昼夜逆転・不眠
 - 9) 常同行為（いつも同じ行動を繰り返す）

V. 事例……29

おわりに……35

～はじめに～

この冊子は、家庭で認知症の人を介護されている方々が、穏やかに在宅生活を続けられるよう願って作ったものです。そのために、まず認知症がどういう病気かをご理解頂き、本人の尊厳が守られ、また本人と介護者が信頼し合える関係を築くための接し方を解説します。

認知症になると人格が崩壊し、もはや人間でなくなるように思う方がいますが、もちろんそれは大きな誤りです。残念ですが、理屈ではわかっているつもりでも現実的にそのように対応している方（家族、介護、医療に携わる方）は少なくありません。たとえば、本人をないがしろにしていろいろなことを決めて、「さあ呆けたら困るから脳トレーニングをやって」などと進めるのがはたして正しいやり方なのでしょうか？ここに書いてあることは家族や介護者が楽になるためのものではありません。**認知症である本人が楽になるためのもの**であることをどうか忘れないでください。

ここに書かれていることは基本です。実際には、一人ひとりの症状に合わせて、対応を変えてください。認知症の人にとって何が良いかは、いろいろ体験してみないとわかりません。試行錯誤の中で、本人が一番落ち着き、互いに笑顔で過ごせる環境を作っていただきたいと思います。

I. 認知症の基礎知識

既に認知症についてよくご存じの方はⅡへお進みください。

1. 認知症とは

認知症とは、①老化に伴って脳にダメージを生じ、②記憶などの認知機能が低下し、③生活能力（毎日の生活を送る能力）が低下した状態です。残念ながら症状は徐々に進行します。

認知機能には、記憶の他に見当識（場所や時間の判断）、注意力、実行機能（食事の用意などの作業を段取りよく行う）、会話、計算、判断、推理、視覚認知（形や位置や動きを目で判断する）、社会的認知（相手の意図や気持ちがわかる）などがあります。これらの認知機能が「他の人の手助けが必要な程度」にまで低下した場合、認知症と呼びます。逆に言えば、多少忘れっぽくても生活能力が高くて、独り暮らしが可能なら認知症とは言いません。認知症になると家計管理・買い物・調理などに支援が必要になります。

2. 認知症の症状

1) 認知症状と行動・心理症状

認知症の症状は、認知症状（中核症状）と行動・心理症状（BPSD）に分けられます。中核症状とは上記の記憶、見当識、注意、実行、会話、計算、判断、推理、視覚認知、社会的認知などを指します。一方、BPSDとは Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略で“認知症に伴う心理・行動症状”であり、しばしば幻覚、妄想、徘徊、暴言、暴力など家族が困惑する症状のことを指します。なぜ中核症状とBPSDに分けるのかというと、BPSDは①必ずしも出現するとは限らない、②本人の生活や生い立ち、介護状況などが大きく影響する、③適切なケアと医療で改善することが多い、という特徴を持っているからです。中核症状は基本的に進行しますが、BPSDは予防したり改善したりすることが可能です。BPSDが予防・改善できれば、認知症になっても住み慣れた地域で家族と落ち着いて生活することができます。

認知症は初期・中期・末期と進行によっても症状が大きく変化します。最後のステージになると、個人差が大きいですが、歩けない、しゃべれない、失禁、食べ物を飲み込めないなどの症状が出てきます。

2) 生活障害と社会的認知機能障害

このほかにも、認知症になると生活に様々な障害が生じます。初期には、安全に運転する、キャッシュカードを使う、必要なものを必要なだけ買うなどの生活能力に障害が出てきます。進行すると、着替えや入浴など身の回りの日常生活動作にも障害が出てきます。また、社会的認知機能が障害されるので、他人の気持ちに配慮したり、他人の行動意図を理解したりすることが難しくなり、コミュニケーションをとることが困難になります。

3. 原因となる病気の特徴

認知症の原因となる病気はいろいろありますが、その中で頻度の高いものを示します。

1) アルツハイマー型認知症

認知症の半数以上を占めます。もの忘れが主症状です。記憶が途切れ途切れになるので、場所や時間を把握する能力（見当識）が低下します。もの忘れのために、同じ質問を何度も繰り返したり、しまったものが見つからず盗られたという“もの盗られ妄想”がしばしばみられます。人前ではニコニコとしていておしゃべりで、本当は毎日のことに困っているのに「困ってなんかいない」と言う“取り繕い”も見られます。

2) レビー小体型認知症

認知症の1～2割を占めます。次のような症状がみられます。①リアルな幻視：人や動物などがありありと見えて、それに対して反応します。例えば見えないはずの犬を追い払う、小動物に殺虫剤をかけるなどです。②幻の同居人：うちの中に人影を感じ、「子供が来ているのでごはんを食べさせなきゃ」、「変な人が居るので見てほしいとパトカーを呼ぶ」などの行動を取ります。また、伴侶のことをよく似た別人と言い出すこともあります。③パーキンソン病症状：手足の筋肉が硬くなり、動きが鈍く・遅くなります。④症状の変動：頭がはっきりしている時間と、もうろうとして幻覚が生じ

る時間が、切り替わるように大きく変動します。⑤レム睡眠行動障害：夜中に夢を見て、大声（「逃げろー」などと言う）や行動（立ち上がる、蹴るなど）が出ます。泥棒の夢を見て、隣に寝ていた奥様を組み伏せようとした人もあります。⑥立ちくらみや失神（短時間気を失う）、転倒がよく起こります。また、便秘も生じます。これらは自律神経系の障害による症状です。なお、上記の全てが出るわけではありません。

3) 前頭側頭型認知症

認知症の1割以下と稀です。前頭葉が中心に萎縮すると次のような特徴が出てきます。我慢ができなくなり、幼稚園児のように情動の赴くままに行動します（我が道を行く）。甘いものが好きになることが多く、また我慢ができないので（脱抑制）、甘い飲料や菓子をたくさん食べて太る人がいます。周囲の環境の影響を受けやすく、注意を向ける先がコロコロと変わります。その一方で、こだわりを持ち自分のなかで規則を定めて毎日同じ時間に同じ行動“時刻表的な行動”をとるようになります（例：朝9時と11時に洗濯機を回さないと気が済まない）。また、徘徊も特徴的で、道順を決めて同じところをぐるぐると回る周回行動がみられます。しかしながら、出て行っても戻ってきます。

側頭葉を中心に萎縮するタイプは意味性認知症といわれ、品物の名前が言えない（例えばハサミの使い方がわかって、ハサミという名称が言えない）、顔を見ても名前が出ないなどの特徴的な症状が出現します。

4) 血管性認知症

認知症の1～2割を占めます。多くは脳動脈硬化に伴って血流が低下し、大脳の奥深いところに梗塞（血管のつまり）などが生じて認知機能が低下します。外からの刺激に対する反応が落ちて、発語が少なくゆっくりで、表情は乏しく、どちらかというと悲観的で、意欲が低下していることが多いです。ろれつが回らない・むせる（燕下障害）や歩行・バランス障害などが早期から生じやすいのも特徴です。

5) 治療できる認知症

ボーッとしている、足を床に擦って小股に歩く、尿失禁が特徴の正常圧水頭症は、早期発見をして手術をすれば良くなるケースがあります（手術できないケースや手術しても良くなるケースもあります）。このほか、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍などが

脳のCTやMRIで見つかることもあります。また、甲状腺機能低下症やビタミン欠乏症、薬の副作用などが原因で認知機能の低下を起こすこともあります。

6) 軽度認知障害：正常と認知症の中間

記憶などの認知機能が低下しているが、日常生活には問題ない状態を軽度認知障害といいます。正常と認知症の中間のグレーゾーンの状態で、何年間かの間に認知症に移行することがあります。

4. 認知症と区別が必要な病気

1) せん妄という意識障害

せん妄は意識障害（ボーッと意識が朦朧とした状態）の一種で、認知症とは区別されます。しかし脳の余力がなくなっている認知症の人は、些細なことがきっかけで、せん妄を起こすことがあります。認知症のような症状が急に出来たときは、せん妄を疑って医療機関を受診することが大切です。なぜならせん妄は治療可能だからです。

せん妄では、ボーッとして受け答えの反応が鈍く、家の中を動き回る、タンスの引き出しのものを出してしまふなど無目的な行動や作業を繰り返します。目がつり上がって興奮状態になる場合もあります。

脱水や発熱、痛み、便秘、睡眠不足などが誘因となります。熱がないか、虫歯など痛いところがないか、食事や水分の摂取は充分か、全身をチェックして対応します。認知症の人は、ご自分で症状を訴えないことも多いので、「ボーッとしている、食欲がない、お腹が張っている」などで気づくことがあります。

薬がせん妄を引き起こすこともしばしばあります。頻尿治療薬（排尿回数を減らす薬）、胃潰瘍の薬、かゆみ止め、風邪薬、抗不安薬（安定剤）、睡眠薬、抗うつ薬などの薬がせん妄を起こす危険があります。また飲んでいる薬の種類・数が増えるほど、せん妄が生じやすくなります。せん妄が疑われる場合は主治医とご相談ください。

2) うつ病やうつ状態

うつ病も認知症と似た症状が現れます。やる気がなくなって、身の回りのことなどができなくなりますが、認知症と違って、時間や周囲の状況がわからないということは普通ありません。難しいのは、認知症の初期にうつ状態がみられることがあり、う

うつ症状から認知症になっていく場合もあります。うつ病と認知症は区別が難しいことも多いです。うつ状態には少量の抗うつ薬や抗不安薬（安定剤）が有効なことがありますので医師に相談してください。

うつに似た症状に自発性低下・意欲低下（アパシー）があります。うつのように悲観的ではなく、自発性がなくなって自分で行動しようとしなないといった意欲のない状態です。

5. 治療薬

認知症では症状に合わせて薬を選択します。

1) アルツハイマー型認知症治療薬

正式に認可されている薬は①神経と神経の間で情報を伝える物質を増加させる薬3種類と、②神経細胞間のノイズを抑える薬1種類です。

①にはドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、リバスチグミン（リバスタッチ、イクセロン）があります。これらの薬は意識レベルを上げて記憶・学習能力を向上させるので、飲むと元気になります。生活意欲は向上しますが、効き過ぎると怒りっぽくなることがあります。また、徘徊や暴言、暴力などが悪くなることもあるので注意が必要です。副作用は、吐き気・嘔吐や下痢などの胃腸障害、脈が遅くなるなどです。

②はメマンチン（メマリー）です。この薬は通常興奮を鎮めて穏やかにします。妄想や徘徊などの症状に有効ですが、過量になると活動性が落ちてしまいます。

2) その他の薬剤

上記の薬剤の他、睡眠薬、興奮を鎮める薬など症状に合わせて薬を使います。認知症の人、特にレビー小体型認知症の人は薬剤に対して過敏のことが多いので、少量から使います。薬の種類や量が変わる際は症状の変化に注意し、気になることがあれば医師に伝えて下さい。

II. 行動・心理症状を予防する家族ケア

認知症のケアに“パーソンセンタードケア”という言葉があります。これは冒頭に書いたように認知症の人へのケアの視点は**家族や介護者ではなく、認知症の方本人である**ということです。本人中心でない対応方法として、できることをさせない、子ども扱い、仲間はずれ、もの扱い、無視する、放っておく、などがあります。これらは一見悪意に満ちた行為のようですが、介護者側にその意識が薄いだけで実は日常的に行われています。こういう行為が認知症の人に不快感や不自由をあたえ、心に傷を残すこともあります。自分が認知症になったら、家族、ケアする人、社会からどのように接してもらいたいかを考えてみていただくとよいと思います。

1. 認知症の本質である病識のなさを理解する

認知症の人は単に記憶が低下しているだけではありません。自分の認知機能(記憶、見当識、注意、実行、会話、計算、判断、推理、視覚認知、社会的認知など)がどれだけ低下しているかを把握する能力(自己評価機能)が低下しています。これが認知症で問題となる「病識欠如」です。認知症の人に「なにか困ることはありませんか？」と尋ねると「何も困っていません」と言うでしょう。しまい忘れた物は「盗られた」と責任を転嫁します。薬を内服させようとする「病気じゃないので、そんなものは飲めない」と拒否したり、怒り出したりし、揚句には世話をしてくれている方に「うるさい！」と暴言を吐くこともあります。このように本人が自分の能力を正確に把握していないところに認知症の問題があり、それを理解するところから認知症のケアが始まると言えます。

2. 気づかないうちに叱っている？

「今日は何日だっけ？」などと同じ質問を繰り返す認知症の人に、ついつい「さっきも言ったでしょ！」と強い言葉で返したくなりますが、本人に“さっき”の記憶はありません。自分ではさっき聞いたつもりがないのに「さっきも…」、「何回も同じこと聞かないで」と言い返されたら良い気はしません。家族には叱ったつもりがなくて

も、本人は叱られたと感じます。家族は“しっかりして欲しい”という期待を込めて言うのですが、本人は病気のために時間や場所の認識能力が低下し、不安な気持ちから、また確認したいという気持ちで、同じ質問を繰り返します。このような本人の気持ちを理解していただきたいと思います。

また、認知症になると生活に障害が現れ、食事の用意や洗濯などで失敗が増えます。家族は失敗に気づくのですが、本人は気づいていません。それが“病識欠如”です。家族は失敗をわかって欲しいと思うあまり、できないことを一つ一つ指摘して、本人に自覚を求めます。でも、本人からすれば失敗していないことを逐一咎められるなんて、と感じています。家族は叱っている意識がなくても、本人は叱られている意識が強いのです。本人の「失敗に気づく能力」が期待できない以上、家族の側で失敗を笑顔で受け流す心のゆとりが求められます。実行するのはとても大変ですが、このような接し方をすると後々きつとうまくなります。

3. ケアの原則：本人の立場になって感じる・考える

周囲の状況が正しく判断できないので言動を誤ってしまいますが、認知症の人もその人なりに精一杯がんばって生きています。本人の気持ちを大切に接することで**本人の尊厳**が保たれます。逆に失敗を指摘し続けると、不満が蓄積して暴言や暴力といった爆発に結びつきます。

4. 役割や褒めることの効用

認知症の人の失敗を笑顔で見過ごし、肯定的に対応することは難しいと感じる介護者の方が多いでしょう。でもやってみれば効果がわかります。脳は鏡のような性質があり、介護者が笑顔で接すれば本人も笑顔になりますし、介護者がイライラしていると本人もイライラします。イライラしていても介護者の方は気分をかえて笑顔で接することをお勧めします。

人間は誰でも生き甲斐が必要です。他人の役に立っていることで生きていることを実感します。認知症になって仕事ができなくなると、段々役割がなくなり、家の中で何もすることがなくなってテレビを見て寝るだけといった生活になりがちです。このように生き甲斐のない生活が続くと、認知機能の低下が加速するだけでなく、夕方に

なると「子供の夕食の準備をします」などといって外に出ていってしまう症状（徘徊）が出たりします。日課と居場所があることが大切です。

役割は褒めるきっかけ作りになります。その方に合った作業をしてもらい、「ありがとう、おかげで助かった」と感謝の意を伝えることで、本人は生き生きするでしょう。認知症の方に作業してもらおうと却って後始末が大変と思うかもしれません。でもその人なりにできる仕事があるはずで、例えば、洗濯物の片付けや、取り込み、たたむ作業は身体で覚えた記憶で、認知症が進行しても可能です。しかし、所定の場所にしまったり、人のものと区別したりすることは難しくなります。できることをやってもらい、それ以外はこちらでやると役割を分担してください。仕事をお願いするときは、簡潔に明瞭な声でゆっくりと説明してください。認知症の人にも褒められると嬉しくてやる気が出ます。**子育てと一緒に叱っても動きません。褒めると動くのが人間の行動原理です。**このように、日課があり生き甲斐のある生活を続けると、暴言や徘徊などのBPSDは出現しにくいのです。

5. 安心をもたらすケア

認知症の人の心は周囲の人の心の鏡です。周りの人が穏やかだと本人も落ち着きますが、周りの人がイライラしていると本人もイライラします。冷たくすれば冷たくされます。あなたは一人ではないのですよ、というメッセージを、言語もしくは非言語的手段（笑顔や手を握るなどのスキンシップ）でご本人に伝えましょう。肩を叩く、足のマッサージを行うなどのスキンシップは受ける人の気持ちだけでなく、提供する人の気持ちも和ませてくれます。認知症の人は環境変化についていくことが難しいです。あまり大きく環境を変えずに、毎日同じ生活リズムで暮らす方が良いでしょう。

III. 家族介護者への支援

認知症の人を介護している家族は、その方自身ゆとりがない上に、親戚や近所からいろいろ苦情を言われたり、肩身の狭い思いをしていると思います。認知症の人にBPSDが現れても、本人を責めないよう、介護者側が穏やかな気持ちでいることが大切です。介護保険サービスなどを利用しながらご自分の負担を上手に軽くしてください。介護者自身がゆとりを持たなければ、認知症の方の心の安らぎは得られません。

1. 家族介護者を支える

認知症の人を介護する家族は、常時目を離せないことや先々の不安のためにストレスの多い生活を余儀なくされていると思います。介護者の方が倒れては大変です。一人で悩まず相談相手を見つけてください。また、気分転換を図ってください。もし介護者の方が心身に支障をきたした場合、認知症の方を診てもらっている医師に相談してください。必要であれば睡眠薬や安定剤などを処方してもらってください。

2. 相談役

家族が親身に相談できる人がいることが介護負担を減らします。親戚や友人と連絡を取るようにしましょう。苦勞話を聞いてくれる傾聴ボランティアもいます。自分の家族のことを外で話すのをためらう方も多いですが、同じ悩みを抱えている人は沢山いらっしゃいます。周囲に同じ状況の人がいることを知るだけでも心の負担が和らぐこともあります。また、介護のコツが聞けることもあります。困ったことがあれば、地域包括支援センターに相談するのもよいですし、家族会に参加して意見交換するのも良いでしょう。

不安や心配は日々募るばかりだと思いますが、こころの中に貯めておかず、時々外へ出すことも長く介護を続けていくには必要です。

3. 燃えつきの防止

使命感から自分の疲労に気づかないか、無視しがちになります。介護者が倒れたら大変です。過労や燃え尽きないようにしましょう。ショートステイ(数日間の泊まり)やデイサービス(日中の施設サービス)を利用するのはお勧めです。ホームヘルプを利用して、ヘルパーさんに一部お世話をお願いするのも良いでしょう。それらのサービスを利用することに抵抗を感じる方もいらっしゃるかもしれませんが、本人・家族の両者に利益がある場合が多いです。専門職の支援のもとで本人に役割とメリハリのある生活を送ってもらい、その間、介護者の方は休息や自分のための時間をとって、気分転換を図ってください。

認知症の人の介護をしている家族は、弱音を吐くことを罪だと思い、つい頑張りすぎてしまいます。認知症の人を大切に思うのであれば、介護している自分自身も大切にしてください。時には割り切ることも必要です。いろいろな機関や制度や、人の力を借りましょう。日々の大変な生活の中にも小さな幸せ(ご本人の笑顔など)があると思います。「介護して良かった」と思えることで心理的なストレスが和らぎます。

情報提供やサポート体制

1) 公益社団法人「認知症の人と家族の会」

<http://www.alzheimer.or.jp/>

電話相談は0120-294-456(通話料無料)、携帯やPHSは075-811-8418で有料
土・日・祝日を除く毎日、午前10時～午後3時

2) いつどこネットのホームページで認知症ケアの情報を入手できます。

<http://itsu-doko.net/>

3) 介護支え合い電話相談 0120-070-608 (フリーダイヤル)

- ・電話相談は平日月～金曜日午前10時～午後3時 携帯電話からも無料
- ・認知症介護研究・研修東京センターを運営する社会福祉法人・浴風会が開設

IV. BPSD への対応

1. BPSD 早期対応の意義

(認知症) 高齢者の心理状態や行動で困った時は早めの対応が重要です

認知症の人は、心理状態が不安定になったり、予想外の行動をとることがしばしばあります。脳の働きが低下すると、今まで当たり前に行っていたことができなくなり、不安になったり頭が混乱します。また、自分の思うように物事が進まないことで、気分が落ち込んだり、イライラして怒りっぽくなることがあります。さらには、大事な物をしまった場所を忘れて誰かに盗られたと勘違いすることがあり、そんな時まわりからはどのように接してよいかわからず、困ってしまいます。このような心理・行動面の症状は認知症の人によくみられるので、認知症の心理・行動症状（BPSD）と呼びます。BPSD が現れると介護者はとまどい、こうした状態が続くことで疲れてしまい、虐待といった事態に発展することもあります。また、BPSD により、以下のような問題を生じることが指摘されています。

- ・施設入所や救急対応（入院）のきっかけとなります
- ・体の機能が低下します
- ・介護者の負担が増えます

認知症の人は、住み慣れた環境で安心して暮らし続けることが大切ですが、そのためには BPSD を予防したり、BPSD がみられる人や介護者に対して早期に支援を行い、上にあるような危機的状況を避けることが重要です。ここでは、BPSD が現れる仕組みやその対応についてわかりやすく説明します。

2. BPSD はなぜおこるの？

BPSD はなぜおこるのでしょうか？ BPSD は脳の働きの低下に加え、からだの状態（身体の病気）や心理的状态（不安や気分の落ち込みなど）、その人を取り巻く生活環境など多くの要因が絡み合って出現すると考えられます。したがって、本人の問題だけでなく介護者との関係（の悪化）が BPSD の原因になる場合も少なくありません。

介護ストレスが介護者のイライラや不安の原因となり、そのような心理状態が高齢者に対する不適切な対応につながり、それが BPSD を悪化させ、さらなる介護ストレスを生むという悪循環がおこりやすいのです。全ての BPSD が不適切な対応によってもたらされるわけではありませんが、BPSD が認知症高齢者の「**正常な反応としての異常な言動**」であるという視点を持つことは大切です。BPSD かな？と思った時は、個別の対応を考える前に、本項の「まず行うこと」、「次に確認すること」を読んだ上で、評価してみてください。自宅でできる早期対応でひどくなるのを防ぐことができます。

3. BPSD と思ったらどうすればいいの？

普段介護にあたっている方であれば専門的な知識がなくても対応可能です。適切に評価することで BPSD の悪化を防ぎ、問題が小さいうちに対処することができます。しかしながら、ここに挙げる項目の状況次第では後述の対応を行ったとしても、良い結果が得られないことがあります。それでも、その後専門医を受診することになった場合に迅速で正確な診断につながり、適切な対応が行われることにつながります。

【まず行うこと】

① 本人の訴えに耳を傾ける

BPSD は意思の伝達がうまくいかない状況で発生することがよくあります。訴えに十分耳を傾げるだけで、精神状態が安定することがあります。ただし、言葉の障害（うまく話ができない、話が理解できない）があり、意思の疎通が十分行えない方の場合、無理に繰り返し話を聞き出そうとすることで却ってイライラさせてしまうことがあります。ポイントは表情やジェスチャーを含めて、**聞き取りやすい声で簡潔でわかりやすい言葉**で意思を伝え、本人が“十分に訴えを伝えることができた”と感じてもらえることが重要です。

② バイタルサインのチェック

BPSD は体の調子が悪い時に起こることがあります。

- ・意識：ボーっとしていたり、問いかけに反応が乏しくなるのは、脳卒中、肺炎、心不全など様々な病気で起こります。比較的軽い意識の障害がある時に、精神症状や行動の問題がおこる場合をせん妄と言います。

- ・体温：熱があれば、ぐったりしてうつ状態に見えることがありますし、逆にイライラして怒りっぽくなったり、暴力的になったりすることもあります。
- ・血圧：血圧が急に高くなったときは、脳出血、脳梗塞、硬膜下血腫などの病気のサインであることがあります。血圧に変化があるときは、意識の状態の変化、手足の麻痺がないかなどをみて下さい。
- ・脈拍：動悸や不安を訴え、不整脈、頻脈（脈が速くなること）、徐脈（脈が遅くなること）などがある場合、心不全や心筋梗塞が隠れていることがあります。

以上、BPSD が身体疾患の最初のサインであることがあります。後述するせん妄との関連も深く、適切な診断のポイントになることがあります。

③ 食事状況の確認

食事が十分に食べられていないと、低栄養や脱水を引き起こし精神状態を悪化させることがあります。生命の危険につながることもあるので、食事摂取状況の確認は重要です。また、食事や水分の飲み込みが悪く、むせ込みが目立つ場合は、脳卒中が隠れていたり、肺炎になる危険があります。

④ 排便状況の確認

高齢者は、そもそも腸の動きが低下しており、便秘を起こしやすくなっています。便秘や下痢は拒食や食思不振といった BPSD の原因になることがあります。また、腹痛からイライラしたり、精神的に不安定になることもあります。

⑤ 睡眠状況の確認

高齢者は睡眠のリズムが変化し、夜中に何度も目が覚めたり朝早く目覚めてしまうので、普段から昼夜の生活リズムを作っておくことが大切です。不眠が続くと精神的に不安定になります。認知症のタイプによっては睡眠中に大声を出したり暴れることもあり、睡眠中の状態も含めて、ちゃんと睡眠がとれているかどうかをみることは大切です。

⑥ 痛み、苦痛、怪我などがいないか確認

認知症の方は、痛みや不快な症状を言葉でうまく伝えられないことがよくあります。そのため、苦痛や不快を言葉でなく、BPSD として表現することがあります。いつも

と様子や表情が違ふときは、けがや関節の痛みがないか、バイタルサインに変化がないか調べましょう。痛み止めを適切に使うなどの対応で、精神的に落ち着くこともあります。

⑦ 歩行の状態の確認

急激な歩行状態の変化は、脳卒中、水頭症（頭に水が溜まる病気）などのサインかもしれません。また、転倒が原因で骨折していることもあります。

⑧ 皮膚の状態の確認

高齢者は皮膚が乾燥していることが多く、皮膚の状態が悪いと、かゆみ、湿疹などから、イライラしたり、情動が落ち着かなくなることがあります。うつ、意欲低下、だるさなどを訴える患者さんの下肢がむくんでいる場合、心不全や腎臓病、甲状腺の病気が見つかることもあります。

以上を確認したら、次の点を調べてみましょう。

【確認すること】

① 症状の経過

BPSD の経過において、症状の急な変化がある場合、後で述べるせん妄が疑われるので、しっかり確認しておきましょう。認知症の適切な診断をするためには、BPSD を含めて認知症の初発症状から経過を把握することが重要です。

② 認知症の診断はされているか

急に認知症の症状が出た場合は、せん妄が隠れているかもしれません。まだ認知症の診断がついていない場合には、認知症の専門医による診察を受け、適切な診断に基づく治療およびケアを行うことが必要です。

③ 認知症のタイプは

認知症のタイプによっては、同じ BPSD が見られたとしても対処法が異なることがあります。〇〇型認知症といったような診断が確定していれば、本冊子の評価項目を確認したうえで、個別の対処法を実行してみてください。それでも困難な場合は、専