



# 認知症ケア 事例集

～認知症ケア

よりそうケアのすすめ方～



## はしがき

社会の超高齢化に伴い、認知症高齢者が急増している。厚生労働省が2013年に発表した認知症高齢者数とその前駆症状である軽度認知障害(MCI)高齢者数は世間を震撼とさせた。両者の合計は約900万人に上るといふ。そして、この数は今後ますます増大するという予想である。

一方で、認知症の脳神経科学研究の発展は目覚ましい。それに伴う抗認知症薬の創薬も続いている。認知症の科学的理解は急速に進んでいる。

では、生活科学としての認知症ケアはこのような認知症者の増大と神経科学の進歩に比していかなる状況にあるのだろうか。医療との連携を含む認知症ケアの質的向上は極めて重要な課題と認識され、研究や実践も徐々に進んできているとはいえ、その達成はいまだ不十分といわざるを得ない。

そこで、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団と私ども大阪大学人間科学研究科臨床死生学・老年行動学研究室は、認知症ケアの質的向上と個別的対応法の開発を目標として「大阪大学・OSJ認知症ケア研究会」を立ち上げ、2012年度より共同研究を開始した。本事例集は、同事業団研修推進室、特別養護老人ホーム「高槻荘」・「美原荘」のスタッフ、および私どもの研究室が行ってきた事例検討に基づいている。本事例集が、介護・福祉従事者にとって、より良い認知症ケアの一助となり、大阪府における認知症ケアの推進に貢献できれば幸いである。

2014年3月

大阪大学・OSJ認知症ケア研究会 代表  
大阪大学大学院人間科学研究科  
教授 佐藤 眞一

# 目次

序章	パーソナルケアの方法	1
第1章	ケアカンファレンスに基づく事例	
事例1	興奮によりデイサービス利用者に対して暴言が見られる若年性認知症者へのアプローチ	14
事例2	激しい気分変動により暴力・暴言や転倒を繰り返す利用者に対するアプローチ～医療との連携により改善が見られた事例～	20
事例3	施設での役割を持つことにより、帰宅願望や収集行動に改善が見られた事例	28
事例4	残存機能を活かしたアプローチにより意欲低下に改善が見られた事例	33
事例5	物の取り込みが見られる利用者に対する心理的背景を踏まえたケアの取り組み	39
事例6	お金や家族に対する心配・不安から、不穏・不眠状態に陥ってしまう利用者へのアプローチ	44
第2章	事例から考える対応法	
事例7	なぜ何もしなくなるのか？～意欲・感性の低下が見られる事例への対応法～	56
事例8	なぜ疑うのか？～妻に対する物盗られ妄想、被害妄想が見られる事例への対応法～	58
事例9	なぜオムツを脱いでしまうのか？～認知症高齢者に対するオムツはずしの試み～	61
事例10	なぜ拒否するのか？～見当識障害により、拒否的な行動が見られる事例の対応法～	65
事例11	なぜ介護者同士の関係が悪くなるのか？～嫁に対する被害妄想と本人に過食が見られる事例への対応から～	67
事例12	なぜ便を弄ぶのか？～奔便が見られる事例への対応法～	71
研究組織		74

# 序章

# パーソナルケアの方法

## 1. はじめに

パーソナルケア(personal care)という用語は、元来、社会福祉や看護において使用される場合には、日常生活援助のうち、家事援助を除く身体的介助であるいわゆる「身辺介護」を意味している。従来の意味では、Table 1 に示すように本人ができないことを援助し、生活の維持を可能にすることを目的に、ADL を中心とする生活機能の自立支援行為を指している。そのために必要とされるのは、疾病や障害の特性に基づく標準的な介護である。歩行に障害があれば移動のための援助をし、食事を摂ろうとしなければ栄養補給の手段を施す、という考え方によって行われる。

しかしながら、身辺介護は、心身に障害を抱える者に対する介護の中核を成し、しかも生活習慣に根ざす問題への支援であるために、極めて個性的な内容を背景としている。歩行に障害がある場合、移動のための援助で済ますのではなく、その移動にどのような意味があるかを明らかにした上で、自己決定の結果としての移動を援助することが必要である。食事を摂ろうとしなければ、その原因を探り、阻害要因を把握した上で、いかにすれば食事を摂るようになるかの仮説を立てて、仮説に基づく介護を実施して、その結果を検討するというような、問題分析と考察に基づく支援こそが求められるはずである。

つまり、生活には個人の歴史そのものが反映されているため、要介護状態になるということは、個性的な生活の維持・継続が困難になることである。したがって、困難を抱えた生活の回復のための援助は、その背景要因や原因を考察し、身体面の変化に伴う心理的变化に対応し、身体的自立の増大を目的とするというよりは、自己決定を維持することを目標として、本人の自律性を高めることにあると考えられる。このような観点に立てば、パーソナルケアは、全人的な視点から行われる必要があるとともに、課題の分析からケアプランの策定、その実施と結果のモニタリング、さらにはその評価というように極めて専門性の高い方法といえるであろう。

Table 1 老年行動科学によるパーソナルケアの考え方

<p>身辺介護としてのパーソナルケア(従来の考え方)</p> <p><b>概念</b>：日常生活援助のうち家事援助を除く身体的援助</p> <p><b>目標</b>：本人ができないことを援助し、生活を可能にする</p> <p><b>内容</b>：食事、排泄、衣類の着脱、清潔（入浴、清拭等）、整容（洗面、爪切り、ひげそり、洗髪等）、移動（トランスファー、歩行・車椅子介助等）、自助具・介護用品の工夫、自立生活訓練、その他</p> <p><b>方法</b>：状態観察→介護内容の説明と了解→準備→実施→終了→後始末</p> <p><b>留意点</b>：安全、安楽、自立性の拡大</p> <p>⇒誰にでも可能な介護、簡単に済ますことの可能な介護、一人のできる介護</p>
<p>全人的介護としてのパーソナルケア(老年行動科学による新しい考え方)</p> <p><b>概念</b>：生活とはその個人の歴史そのものである。要介護とはそれが不可能になることである</p> <p><b>目標</b>：本人ができないことの背景、原因を考察し、身体面の変化に伴う心理的变化に対応し、本人の自律性を高める</p> <p><b>内容</b>：生活全般における対処困難な問題を分析・考察し、問題の原因を探り、それによる心身の変化に対応する</p> <p><b>方法</b>：ケアサイクル（インテーク・介護診断→標準的ケアプラン策定→標準的ケアの実施→個別データ収集→ケアカンファレンス→パーソナルケアプラン策定→パーソナルケアの実施→パーソナルケアの評価）</p> <p><b>留意点</b>：原因の所在の明確化、心理的变化への対応、自律性の拡大</p> <p>⇒専門的な介護、簡単には済ますことのできない介護、一人ではできない介護</p>

出典：佐藤(2010)

ケアを必要とする高齢者を抱える家庭や施設において、漠然と食事、排泄、入浴などをこなすだけでは質の高いケアは望めない。しかも、ケアを受ける側も満足を享受できないばかりか、ケアする側にも効果の上がないケアを継続することで心身にストレスを受けることになる。要介護者の抱える個々の問題やニーズに介護者が適切に応えることができないために、両者が共に満足感を得ることができないからである。こうした問題を解決するためにも、行動科学的視点に立って、モニタリングから問題点の発見と考察、ケアプランの策定と評価というシステムを構築することによって、論理的な筋道を立てた利用者の心の理解が可能となる。施設でパーソナルケアを実施する際のケアサイクルを Figure 1 に示す。

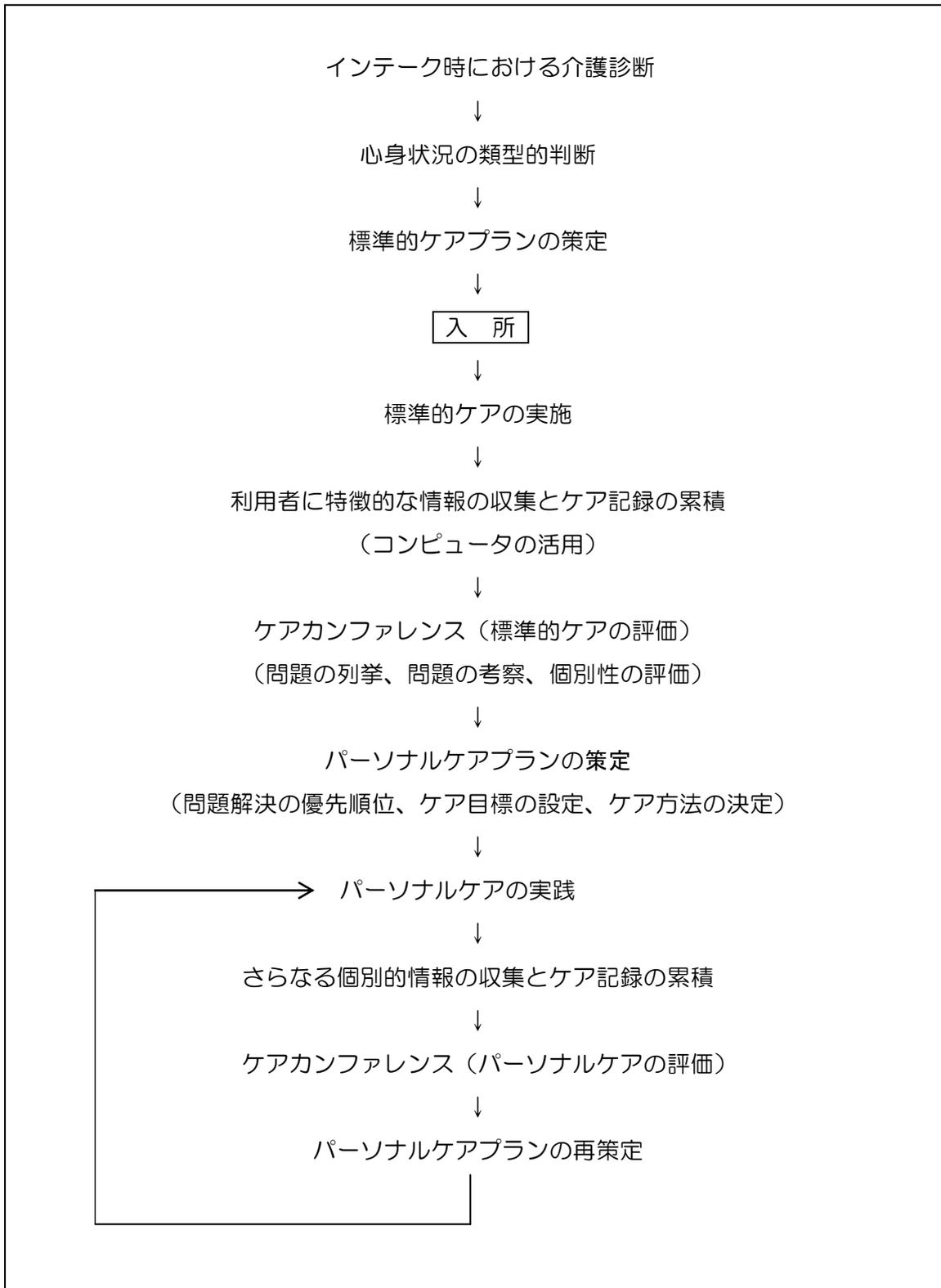


Figure 1 パーソナルケアにおけるケアサイクル (施設版)

出典：佐藤(2005)

ケアの原則とは、ケアの担い手である介護者の立場ではなく、ケアの受け手である要介護者の立場に立って、問題点を把握し、生活実践の中でその問題解決を図ることである。施設において、専門介護士としてより良いケアを実践するためには、利用者との交流を通じて観察し、収集した情報に基づいて、個別的な対応をすることが求められる。利用者の性格、過去の生活歴、生活習慣、嗜好、集団への適応力、個人の特徴などをケア実践に加味することにより、出発点で測定した心身の状況への対応は、利用者の独自性に応じたケアに転換することが可能となるからである。

ここでいう「個別的」という意味は、単に食事や排泄に個別的に対応するという意味ではない。その個人に対するケア全体、生活全体を改善するためには、食事や排泄に個別的な対応することにどのような意味があるのかを考察した上で、その個人が自力でできないことを補助するだけでなく、その個人に内在する力を最大限に引き出し、QOLの高い生活を実現するホリスティックなアプローチが必要である。

例えば、食事の記録において「食欲がなく、残食あり」ではなく、何割摂取し、食事時の状況や発言はどうであったか記録し、食欲があったか否かという主観的判断を廃してそのこと自体を検討する態度、そして、ケア実践に関するモニタリングを通してケアの有効性を検討する客観的視点が必要となる。「食事が全量摂取できない」ということは、さまざまな原因が考えられる。排泄がない、入所時の不適應により排泄のリズムが乱れる、嗜好が合わない、体調不良、睡眠が取れていない、生活習慣によりもともと食が細い、間食した等あらゆる要因が仮定できるからである。安易に「食欲がないため残食がある」とすることは、科学的な態度とはいえないであろう。

なお、パーソナルケアを実施する際のケアデータ収集のための PC ネットワークを用いた On the Job Recoding およびパーソナルケアの実践例については参考文献欄に掲載した「佐藤眞一監修『富美岡荘物語』中央法規出版 2004 年」を参照のこと、また、パーソナルケアを実践するためのカンファレンスの開催の仕方等については「佐藤眞一編著『事例のまとめ方と発表のポイント』中央法規出版 2006 年」を参照のこと。

## 2. 問題の分析

利用者が抱えている問題を分析する際には、1つの方向からだけではなく、多くの視点から考察する必要がある。Table 2に問題分析のポイントとなる部分を列挙し、それぞれについて以下に簡単な解説を付す。

Table 2 パーソナルケアにおける問題分析のポイント

問題分析のポイント
1. 何が問題か (What)
2. 誰が困っているのか (Who)
3. いつから困っているのか (When)
4. なぜ問題が起きたのか (Why)
5. どこで問題が起きたのか (Where)
6. どうしたいのか (How)
7. 本人はどんな人か (History & Personality)
8. 本人は何ができる人か (Ability)
9. 本人はどうなりたいと思っているのか (Demand)

出典：佐藤(2005)

### 「1. 何が問題か (What) 」

### 「2. 誰が困っているのか (Who) 」

「何が問題か」は「誰が困っているのか」に関連する事項である。通常、困っているのは介護する側ということになりがちであるが、この点は改めて考察する必要がある。例えば、介護拒否はケアする介護士にとって問題ではあるが、視点を利用者に向ければ、介護を拒否しなければならない理由があるはずである。介護拒否は自己防衛であり、ケアを受ける側が、ケアという行為を自分に及ぶ危害と感じてしまっているからと仮定することが可能である。困っているのは本人であるという立場からケア方針を立てることは、パーソナルケアにおいてケアを受ける側の立場からアプローチするという前提に合致する。

ここで困っている人を列挙すれば、本人、介護士、そして利用者の家族、他の利用者も加えることができる。問題が解決困難になるのは、困っている内容がそれぞれにおいて異なっている場合である。立場により困っている内容が異なり、問題の所在がさまざまだからである。このような場合には、被介護者である高齢者を中心に問題を設定する。なぜなら本人の問題が解決できれば、すべての問題が解決できるからである。

### 「3. いつから困っているのか (When) 」

### 「4. なぜ問題が起きたのか (Why) 」

問題の発生時期が明確であれば、時間的にはそれ以前に原因が存在し、その問題がなぜ起きたか (Why) を検討する根拠となる。

### 「5. どこで問題が起きたのか (Where) 」

空間的根拠、すなわち原因が生じた環境的根拠を考察する。

### 「6. どうしたいのか (How) 」

ケアの目的である。例えば、ADLが低下した利用者に対して、ADLの向上が望めないとしたら、その維持と低下防止のためのケア体制の中で、QOLの向上を目的に生活内容を検討することになる。

### 「7. 本人はどんな人か (History & Personality) 」

問題の考察に必要な家族歴、教育歴、性格、感情傾向、対人スキルなど個人条件を明確にすることにより、問題の個性的把握が可能となり、今まで気づかなかったことが解明される場合がある。

### 「8. 本人は何ができる人か (Ability) 」

残存能力を効果的に用いることで、可能な限り自立的な生活を実現するために必要というだけでなく、個性に応じた自律的な生活を実現するためにも、本人は何ができるのかという情報は不可欠である。

### 「9. 本人はどうなりたいと思っているのか (Demand) 」

意識的か無意識的か、言語化可能か否かにかかわらず、介護者が類推することも含めて、本人の立場に立って、本人の望む生活を把握することが必要である。

## 3. 問題の所在の明確化と原因の把握

ケアを実践していく中で、対応困難な問題点が現れてくる。問題を分析し、考察するためには原因と結果および心理的变化に注目することが必要となる。そのためにまず、問題となる事実を明確にしなければならない。食事量が少ない、排泄量が少ないなどの身体的問題、歩き回りじっとしていない、介護拒否がある、暴言、暴力があるなどの精神的問題など、いずれの場合もその問題を客観的事実としてとらえなければならない。

ケアにおける対応困難な問題点は、何らかの原因によって引き起こされた結果であることは明白である。したがって、問題を把握するためには、原因と結果を明確にする必要がある。しかも、原因は必ずしも1つに限定されるわけではない。同様に、結果が1つになるわけでもない。例えば、食事摂取量が減っている原因を考えたとき、便秘による食欲低下が推測できたとしても、それだけが起因する問題とは限らない。さまざまな行動上の意欲減退から生ずることもあるし、何らかの疾患が関連しているかもしれないからである。麻痺による飲み込みの悪さかもしれないし、環境の変化かもしれない、また、変化に敏感な性格が作用していることもある。しかも、これらが同時に生じていることが普通であり、それが人間の特徴ともいえよう。ケアにおける諸問題の所在として一般的に考えられる代表的なものをまとめてTable 3に示した。

Table 3 問題の所在

問題の所在	問題の内容
1. 身体的問題	病気、神経障害（中枢／末梢）、骨折、薬、老化、…
2. 精神的問題	認知症、うつ、神経症、不安、恐怖、欲求不満、…
3. 生活環境上の問題	転居、施設入所、対人関係、居室、食事、行事、…
4. 個人的条件	生育歴、性格、感情傾向、対人態度、对人的スキル、…

出典：佐藤（2005）

### 「1. 身体的問題」

身体的問題は、要介護になる主な要因を含んでいるが、それと同時に薬剤の副作用なども考慮に入れなければならない。

### 「2. 精神的問題」

精神的問題では、認知症やうつ、神経症など高齢者によく認められる精神症状だけでなく、生活上の諸問題から二次的に引き起こされる心理的变化にも注目する必要がある。

### 「3. 生活環境上の問題」

生活環境上の問題は、福祉施設への転居に伴ってほぼ必ずといってよいほど生じる問題である。これを入所時不適應と呼ぶが、原因となる内容としては衣食住に関わる物理的な問題から対人環境まで多岐にわたることに留意する必要がある。さらに、施設は集団生活のため、個人的な諸事情の異なる人々が同一の環境の中で生活するという福祉施設固有の問題が内在している。ここに、長い人生経験を経て極めて個性的な人生と生活をすでに築いた高齢者であるからこそ深刻になる種々の問題が生じる余地が存在する。

### 「4. 個人的条件」

このような問題の源泉として、生活史に基づく生活習慣から性格、感情傾向、对人的な態度やスキルに至る多様な個人的条件が考えられる。

## 4. 原因を取り除けるか

生じた問題に対処するために、まず考えなければならないのは、その原因を取り除くことは可能かどうかである。可能であれば取り除くための対策が講じられるはずであるが、認知症や慢性疾患、あるいは対応できない環境上の問題、性格や育った歴史などが原因の場合、それを取り除くことは困難となる。このような場合には、問題（結果）の原因によって引き起こされる心理的变化を知り、それに対応することが必要となる。例えば、認知症が原因で徘徊が生じている場合、認知症による外界認識の低下による「不安感」はケアによって軽減することが可能である。パーソナルケアの核心は、ここにある。なぜなら、

ケアの対象となる解決困難な問題の多くは、取り除くことの不可能な原因が、心理的变化と同時に種々の問題を引き起こしているからである。その場合のケアのアプローチは、原因によって引き起こされているネガティブな心理的变化を安定化へと導くことである。こうした心のケアのための方法を提供することが、パーソナルケアの重要な側面の1つである。Figure 2に、原因としての条件変化、結果としての行動変化、およびそれと同時に生起する心の変化の例を挙げたが、行動科学的には、それぞれ「独立変数」、「従属変数」、「媒介変数」という一般化可能な専門用語で表すことができる。また、独立変数と従属変数である原因と結果の要因は、観測可能な実体概念である。つまり、観察された事実として言語化が可能である。

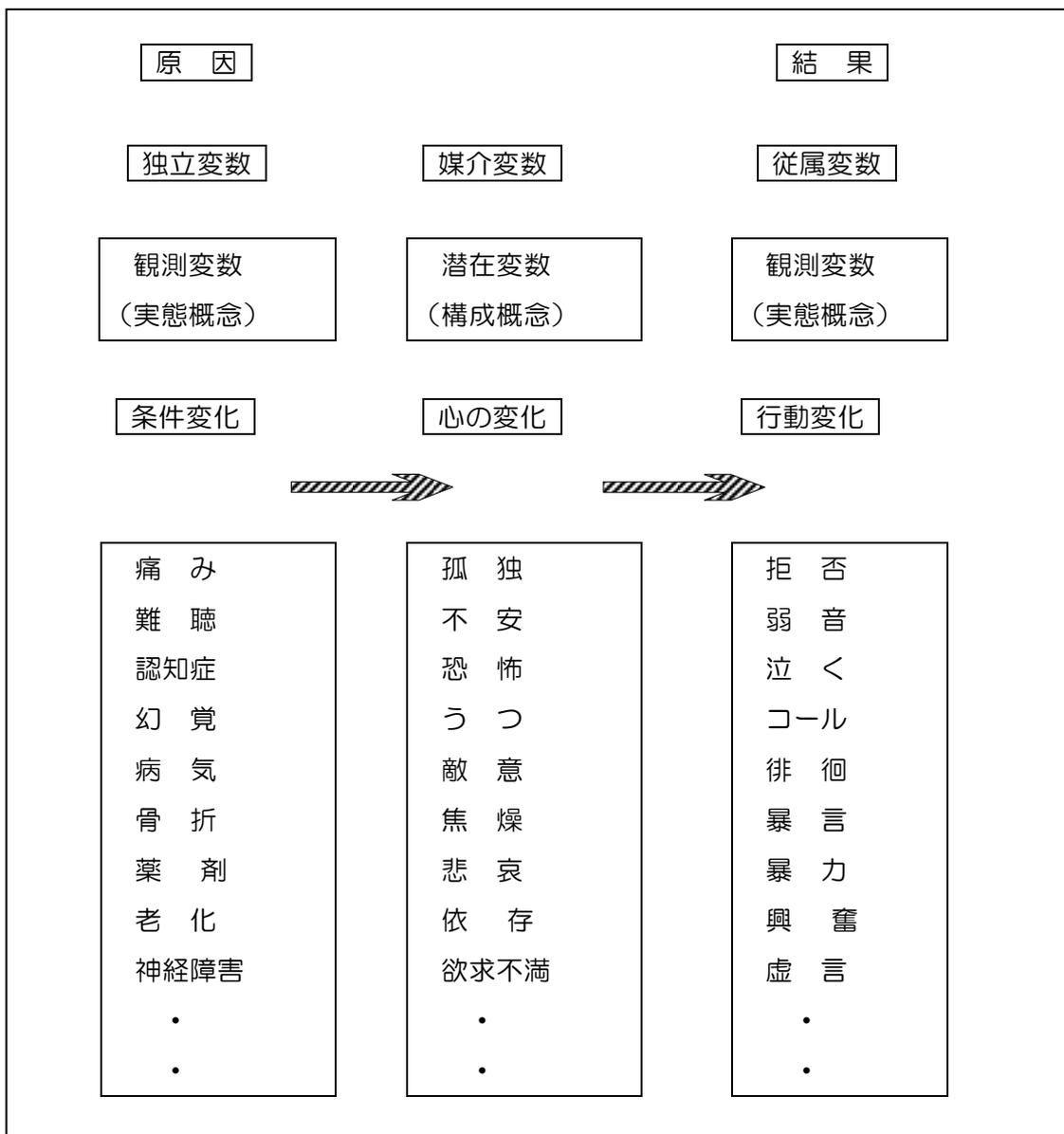


Figure 2 変数の明確化

出典：佐藤(2005)

しかしながら、心の変化はそれ自体を観察することはできない。統制された環境での行動変化や視点を定めた観察による行動特徴から推察される構成概念である。孤独や不安は、心の状態を行動上の特徴（発せられた言葉も含む）から作り上げられた概念であり、しかもそれが人の行動を説明するために妥当性を有し、同じ条件であれば繰り返し同じ行動が観察されるときに、それは構成概念として定立される。Figure 2には、行動科学で定立されている構成概念の例を示してある。

## 5. ケアの評価

データには客観的な評価を可能にする形式と内容が必要となる。観察した事実と介護士の憶測は明確に分離しなければならない。そのためにも、パーソナルケアプランを実践した後には、Figure 1にも示したように、ケアの評価のためのカンファレンスを開催することが必要となる。Table 4にケアの評価における各側面のポイントをまとめた。

Table 4 ケア評価のポイント

1. 方法の評価
ケアプランの「実行」についての評価
ケアプラン通りにできたかどうかの評価
2. ケアの評価
ケアプランの「適切さ」についての評価
実行されたケアプランが有効であったかどうかの評価
3. プランの評価
プランの「過不足」についての評価
他に必要だったことはないか
他に不要だったことはないか
他に方法はなかったか
4. 全体評価
プランにはなかった要素とその影響についての評価
5. ケアの改善
1～4の評価の上でケアプランを改善する

出典：佐藤(2005)

### 「1. 方法の評価」

計画通りに実行できたか、計画に無理がなかったかなどを評価し、実行できなかった理由を明らかにした上で、再計画を行う。

### 「2. ケアの評価」

問題点がどこまで改善されたのか、問題の考察に誤りがなかったのか、ケアプラン策定に誤りはなかったのかを評価する。ケアが計画通り実施されたにもかかわらず改善がみられなかった場合、考察に誤りがあったか、もしくは問題に応じたケアプランが策定できなかったということになる。ここでは、ケアの適切さと有効性が評価される。

### 「3. プランの評価」

問題の改善ができない場合のプランの過不足の考察を行う。他に必要なことは何か、不要なことは何か、他の方法はなかったのかなどが検討される。

### 「4. 全体評価」

プランにはなかった要素とその影響についての評価を行う。例えば、他の利用者からの影響や、騒音などの環境問題、プランにはなかった行事への参加による影響、病気の発症、事故に遭遇するなどの予想していなかった事柄からの影響などを明確にする。

### 「5. ケアの改善」

以上の点を踏まえて再度プランを策定する。このようにケアサイクルは繰り返されるが、常に同じことを繰り返すのではない。ケアを提供する側の状況も変化すれば、ケアを受け高齢者自身も日々刻々と状態が変化している。病状も変われば、老化も進む。同じ状況のない流動的なことがケアの特徴といえる。それゆえに、ケアに終わり結論はない。専門介護士のたゆまざる考察の積み重ねがケアの深さを増すことになるのである。

## 参考文献

- 佐藤真一監修 2004年 富美岡荘物語 中央法規出版
- 佐藤真一 2005年 パーソナルケア（施設版）—問題解決型高齢者ケアの方法—, 明治学院大学心理学部附属研究所紀要, 3, 15-25.
- 佐藤真一編著 2006年 事例のまとめ方と発表のポイント 中央法規出版
- 佐藤真一 2010年 応用老年行動学の意義と目的, 応用老年学, 4(1), 4-12.
- 佐藤真一 2011年 行動科学と高齢者ケア～老年行動科学の意義と役割～, 高齢者のケアと行動科学, 16, 4-15.

# 第1章

## ケアカンファレンスに基づく事例 (事例1～6)

## 《事例1》

### 興奮によりデイサービス利用者に対して暴言が見られる 若年性認知症者へのアプローチ

#### **キーワード： 興奮、暴言、若年性認知症、デイサービス、BPSD**

#### 概要

興奮は認知症に見られる行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）の中でも対応が困難な症状の1つである。本事例では、興奮によりデイサービス利用者への暴言が見られる若年性認知症者への対応について検討した。本事例の対象者であるA氏は、利用当初よりデイサービスの他の利用者に対する暴言が見られた。職員間での情報の共有や連携により、他の利用者を「回避」するケアから本人が「集中」できる環境を整えるケアに変化し、統一したケアを実施できたことで興奮や暴言の頻度に変化が見られた。

#### 1. 問題

本事例の対象者であるA氏は、デイサービス到着時に他の利用者が目に入った途端に興奮状態となり暴言が見られていた。気分の浮き沈みの変動が大きく、疲れている時は他の利用者を見ても無反応のこともあるものの、デイサービスは空間が狭く他の利用者との接触は避けられないため、興奮状態による暴言が繰り返し現れていた。興奮状態が続く際には、持参したドーナツ等を摂取することで落ち着くことがあったが、体重増加の兆候が見られたため、中止せざるを得なかった。一方で、A氏の暴言は職員に対しては見られなかった。A氏の興奮は本人だけでなく他の利用者に与える影響も大きいため、興奮の原因となる要因を明らかにし、A氏を含む利用者が安心してデイサービスを過ごせるようにすることを目標とした。

#### 2. 事例の概要（利用開始年をX年とした）

対象者：A氏 59歳 女性 X年3月に利用開始。

要介護度：4

既往歴：X-11年子宮筋腫摘出手術、X-6年若年性アルツハイマー型認知症。

（注：X-11年は、利用開始時より11年前の意）

通院、処方：

【発症】X-6年頃より認知症状が現れ始める。

【診断】X-6年10月初受診。若年性アルツハイマー病と診断。



【処方内容】処方については当初アリセプト（認知症治療薬）のみであったが、X-2年12月よりアリセプト10mgに増量。

X-1年3月より抑肝散の併用開始。

X-1年7月よりメマリー（認知症治療薬）の併用を開始。

X年7月よりアリセプトとメマリーからレミニール（認知症治療薬）とメマリーに変更。

その他の処方薬はセディール（抗不安薬）、クエアチピン（精神安定薬）、酸化マグネシウム（便秘薬）。

【受診】毎月1回本人も同行している。処方薬はX年7月より変更なし。落ち着いている日が増えたことを家族が話すと、認知症の進行があるとされた。

ADL：食事についてはスプーンや箸を持ってもらうと自力で摂取できるが、半分から3分の2のところまで止まり、その後は介助が必要となる。入浴はタイミングを見て声掛けを行うと、拒否なく入ることもある。排泄は、訴えがなく定時誘導を行っている。現在まで失禁は見られない。

家族構成・家族関係：1女を授かった後は専業主婦で子育てに専念していた。家族間の信頼関係は良好である。夫は就労しており、日中は長女が介助している。無断で外出することはない。

他の人間関係：現在は、近所付き合いはない。

職員との関係：本人の中では他の利用者とは明らかに区別されており、どの職員に対しても暴言は見られない。気分によっては「ありがとう」「ごめんな」などの感情表現をすることがある。

趣味など：家庭菜園が好きでベランダで花の手入れなどをよくしていた。歌を唄うことも好む。

生育歴：F県で生まれる。結婚と同時に現在の住所へ移住。結婚前までは事務職をしていたが、結婚と同時に退職した。

他の介護保険サービスの利用：なし

### 3. 事例の経過

結婚後は専業主婦となり子育てに専念していたが、X-6年頃から認知症症状が現れたため受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。その後は夫と長女が在宅で介護を行っていたが、日中の長女の介護負担が大きくなっていった。長女の介護負担の軽減を図るため、X年3月より介護保険サービスの利用を開始した。

デイサービス利用当初から、落ち着きなくフロア内を歩き回り、他の利用者に対する暴言が頻繁に見られた。A氏は、送迎車が自宅に到着し、職員が迎えに行くまでは比較的落ち着いていることが多かった。しかし、自宅を出るときに不安そうな表情が一瞬現れることがあった。利用開始時は他の利用者と一緒に乗ったが、他の利用者に対する影響



を考慮し、単独での送迎に変更した。送迎車内では、職員からの話しかけに反応することはほとんどないが、一方で興奮状態も見られない。しかし、うつむいたまま険しい顔つきのことが多かった。

デイサービスに到着し、他の利用者が目に飛び込んできた途端に、それまで発語がなかったA氏がいきなり他の利用者に対し、「汚いなあ」「帰れ、帰れ」と暴言を繰り返す様子が見られるようになる。歩調も早く行動範囲も広がり、不穏な状態になっていく。到着から時間が経つにつれ環境に慣れるのか、窓からの景色を見たり、テレビの歌番組を観ているときは、短時間ながら落ち着いていることもあった。興奮した直後は、壁に向かいうつむいた状態でしばらくじっとしていることもあった。利用当初は興奮時に「お腹が空いた」との発言がよく聞かれたため、パンなどの軽食を提供し、それを食べると落ち着くことも多かったが、体重増加の兆候が見られたため継続できなくなった。食事は集中して摂取することができ、食後の服薬後は少し落ち着きを取り戻していることもある。また、気分の良い時は職員の話し掛けに対して笑顔で相槌を打ったり同調の反応をすることがあり、職員に対して暴言は見られない。音楽を聴いたり唄ったりすることは好んでおり、午後からの合唱の時間は集中していた。

食後に音楽を聴いている時など、落ち着いていることもあったが、興奮時における暴言は他の利用者に対する影響も大きく、職員がほぼ1人付き添いながら対応していた。

#### 4. 事例の分析

定期的な受診での服薬の変更なども経ながら、職員間（介護職員6名、看護職員3名、相談員1名）で定期、不定期にカンファレンスを行い当日の様子や対応の記録をおこなった。

利用当初より問題になっているのは、興奮時における他利用者に対する暴言であった。A氏が安心してデイサービスを利用できるよう、まずは主要な問題となっている興奮状態と暴言について検討することとした。

##### (1) 興奮状態と暴言

A氏は、自宅を出るときに一瞬不安そうな表情が現れる。これは、記憶障害や見当識障害により“どこへ連れて行かれるのか”、“なぜ行かなければならないのか”がわからないために生じていると考えられる。一方で、暴言は他の利用者に対して見られ、職員に対しては見られないことから、利用者か職員かどうかの判別はできていると考えられる。A氏は59歳と、デイサービスの他の利用者に比べて若年である。それにもかかわらず、自分よりも高齢である他の利用者となぜ一緒にされているのかが理解できないために、興奮や暴言として自分の感情を表出していると考えられた。

また、興奮状態はデイサービスについた途端に起こり、送迎車内では見られないことが特徴的である。デイサービスと送迎車内の違いとして、視覚的・聴覚的な刺激の量が考え



られる。送迎車内と比べて、デイサービスは他の利用者や動き回るスタッフといった視覚的な刺激に加え、話し声やテレビの音、食器などを片付ける音など聴覚的な刺激が多い。アルツハイマー型認知症では注意機能が低下するため、こうした刺激を適切に処理することが難しくなる。通常であれば、自分に関係のある刺激にだけ注意を向ければいいが、A氏はそれができず刺激過多になってしまい、混乱してしまっていると考えられた。興奮や暴言は、こうした刺激を適切に処理できないことによる恐怖感の裏返しとして現れているとも捉えることができる。

## 5. パーソナルケアプランの策定

カンファレンスでの検討を踏まえて、A氏のパーソナルケアプランを策定した。パーソナルケアプランでは、A氏を含む利用者が安心してデイサービスを過ごせるようにすることを目標とした。

A氏の興奮や暴言に関連する要因として、1. 自分と明らかに違う年代の利用者と一緒にされていること、2. デイサービス内の視覚的・聴覚的刺激が多いこと、の2点が考えられた。これらの要因に対して、以下の対応を実施することとした。

- (1) デイサービス到着後にA氏に落ち着いて過ごしてもらえるよう、お茶ではなくA氏の好むココアを提供する。
- (2) 他の利用者が目に入ると暴言が見られるため、冬季や雨天、職員配置が難しい場合を除いて、職員と近くの公園へ散歩に出かける時間を設ける。
- (3) 食事時は、窓からの景色が見え、他の利用者と顔が合わないような1人席にし、落ち着いて摂取することができるよう配慮する。
- (4) もともと音楽を好んでおり、特に生演奏に対しては反応が良かったため、ギターでの演奏時、特に体感できる場所に座ってもらう。
- (5) おやつ時間の後に、食器を職員と一緒に洗うという作業を行う。おやつ後にしたのは、ギター演奏の後であり、もっとも精神的に安定している時間帯であると考えられたためである。

## 6. 結果

### (1) ココアの提供による効果

もともと甘い物は好んでいたようで、ココアの甘さが気持ちをほぐすような効果があるように思われた。飲んでいる間は椅子に腰かけ、他に視線を向けるわけでもなく、職員の問いかけに対して「美味しいな」と微笑むことがあった。短時間ではあるが、集中することができていた。しかし、その日の気分の状態にもよるが、飲んだ後は再び興奮状態になることが多かった。



## (2) 公園への散歩の効果

近くの公園へ散歩に出かけると、少しずつではあるが落ち着きを取り戻していた。歩調もゆっくりになり、木々や池に視線を注ぐ表情に不穏感は見られなかった。時には、木々へ視線を注いだまま微動だにしないこともあった。帰り道で高齢者とすれ違うこともあるが、不快感をだすことはあまりなかった。自然の中で刺激を受けることが少なく、安定した状態が窺えた。

## (3) 食事場所の設置について

窓際の景色の見える場所で食事を摂ることで、集中することができていた。しかし、5～6割は自力で摂取するが、残りについては声かけを行いながらの介助が必要な時が多かった。

## (4) 音楽に対する反応について

生演奏では演奏者を目の前にして集中力が切れることなく、手拍子をしながら自らも歌い続けることができていた。平均50分と長い演奏時間であったが、選曲も利用者が若かりし頃のヒット曲を選んでおり馴染みのある曲ということもあり、比較的集中することができていた。一方、スピーカーから流れる音楽やテレビでの音楽番組に対しては、リズム感のある曲では時折リズムに合わせて動くことはあるが、長続きはせず移動してしまうことが多かった。

## (5) 食器洗い、お米研ぎの取り組み

ギター演奏後は体力的にも少し消耗するのか、椅子に座って水分摂取をするなど落ち着いた様子が見られ、職員からの声かけに対して快く応じるが多かった。職員が傍につき必要はあったが、一緒に食器を洗うことができていた。また、取り組みを少しずつ続けていく中で、自宅において「やろか、やろか」と言いながら家族が立っていた炊事場へ歩み寄っていったと家族から報告があった。

## 7. 考察

本事例では、興奮によりデイサービスの他利用者に対し暴言が見られるA氏に対するアプローチを行った。利用当初は出来るだけ他の利用者を視野に入れないような工夫が中心であったが、カンファレンスを重ねる中で、他の利用者を「回避」というケアではなく、A氏が食事や作業に「集中」できるような環境を整えるというケアに変更したことにより、デイサービスでの過ごし方に変化が起こったと考えられる。また、食器洗いやお米研ぎについては自宅でも行おうとする様子が見られた。実際には洗うことはできないものの、気持ちの表れがあったことだけでも非常に驚くべきことであった。A氏が出来ること、楽しめることを見つけながら不安になる時間を少しずつ少なくしていくことが重要であると考えられる。



## 8. まとめ

若年性認知症のA氏に対する職員間でのカンファレンスを行っていく中で、他利用者との接触をできるだけ少なくするというケアから短時間でも集中できることへの取り組みを見つけていくケアに変化していった。これは、各職員がA氏と接する中で情報の伝達や意見交換を行い、またそれを共有することで、具体的な思考をすることができた成果であると思われる。現状においてA氏は他利用者に対する影響が強すぎることは否めないが、短時間であれ集中できる場合もあることがわかってきている。A氏のストレスにならない範囲で、ひとつの取り組みに少しでも長く携われるような工夫を行い、A氏が安心して過ごせるようなケアを目指す必要があると思われる。



## 《事例2》

激しい気分変動により暴力・暴言や転倒を繰り返す利用者に対するアプローチ～医療との連携により改善が見られた事例～

### **キーワード：医療との連携、気分変動、暴言・暴力、転倒、身体疾患**

#### 概要

本事例では激しい気分変動が見られ、他の利用者に対する暴言や暴力、ベッドからの転倒を繰り返すB氏に対するケアのアプローチについて検討した。B氏の課題を細かく分類し、それぞれについて対応を検討することでケアの方針が明確になり、統一したケアの実施が可能となった。B氏の気持ちに配慮した環境調整や精神的側面からのアプローチ、栄養士や看護師、医師との連携による食事提供方法の変更や薬の調整といった医療的対応により、状態に改善が見られた。ケアの方針を立てるにあたっては、身体的要因も考慮したうえで、積極的に医療との連携を図ることも重要であると考えられた。

#### 1. 問題

本事例の対象者であるB氏は、入所当初は「背中が暑い」「頭が痛い」といった体調不調の訴えが見られていたが、話好きで他の利用者やスタッフとも会話するなど、他者との関わりを持って過ごしていた。入所後、半年程経過した頃より不穏頻度が増し、気分の浮き沈みや他者への暴言が頻回になった。また、帰宅願望が見られ、施設から外出しようとする様子も見られた。こうした問題に対して抗不安薬や抗精神病薬が処方されるも、その頃から他の利用者に対して暴力行為が見られるようになり、苦情やトラブルが絶えず不協和音が生じている。そのため、B氏の不安感が少しでも和らぎ、心穏やかに生活できる時間を増やすことを目標とし、グループスタッフで対応について検討した。

#### 2. 事例の概要（入所年をX年とした）

対象者：B氏 92歳 女性 X年10月入所。

要介護度：4

認知症高齢者の日常生活自立度：M

障害高齢者の日常生活自立度：B2

既往歴：

胃癌（胃全摘手術（X-9年））

うつ病（X-7年） 老人性認知症（X-2年1月）

左大腿部頸部骨折（X-2年7月）



胆道感染症、右変形膝関節症(X-2年8月)

ダンピング症候群(X年2月)

右側胸部にバードポート留置されている(現在は使用していない)

**処方：**

入所時(X年.10.12)

マグミット錠(便秘薬)(330mg)5錠(朝2・昼1・夕2)毎食後、プルゼニド錠(便秘薬)(12)2錠分1夕食後、レンドルミン錠(睡眠薬)1錠分1眠前。

月2回訪問の精神科医処方

(X+1年.11.9)リーゼ錠(抗不安薬)(5mg)3錠(朝1・昼1・夕1)毎食後10日分 (注：X+1年は、入所時より1年後の意)

(X+1年.11.20)ロナセン錠(抗精神病薬)(4mg)2錠(朝1・夕1)1日2回 14日分、ソラナックス(抗不安薬)(0.4mg)3錠(朝1・昼1・夕1)毎食後16日分

病院受診後の処方

(X+1年.12.18)ツムラ抑肝散エキス顆粒2包(朝1・夕1)朝食前・夕食前、アマンタジン塩酸塩錠(抗パーキンソン薬)(50mg)2錠(朝1・昼1)朝食後・昼食後、クエチアピン錠(抗精神病薬)(12.5mg)寝る前1(寝る前と効果不十分な場合)

入院(X+1年.12.25~X+2年.2.18)後、退院時の処方(現在まで変更なし)

(X+2年.2.18)ツムラ抑肝散エキス顆粒2包(朝1・夕1)朝食前・夕食前、アマンタジン塩酸塩錠2錠(朝1・昼1)朝食後・昼食後、マグミット錠(330mg)5錠(朝2・昼1・夕2)毎食後

**認知機能の特記事項：**幼少の頃や働いていた時のことを言葉に詰まることなく流暢に話す。見当識障害があり、場所や人の認識が乏しいが、職員の名前を伝えると二時間程度覚えていることもある。食後、喫食したことを忘れて催促する事が一日に一度は見られる。字は書けるが、書いているうちに何を書いていたのかわからなくなることがある。生年月日や以前住んでいた住所、電話番号ははっきりと答えることができるが、年齢は20代と返答することもある。時々、夢と現実の区別がつかず、夜間に夢の続きの行動をとっていることがある。

**行動面の特記事項：**気分の変動が激しいが、陽気な時は他者に対する心遣いも見られる。不穏な時は、他者に対する攻撃的な発言や、手を掴む、髪の毛を引っ張る等の暴力行為も見られる。また、入所時よりベッドからの転倒を繰り返している。帰宅願望が強い時には、出口を探して施設の玄関から出てしまうこともある。

**ADL：**食事は自立しており、摂取動作や咀嚼、嚥下状態は問題ない。排泄は布パンツにパットを使用している。尿意や便意はあるが、寝入るとパット内に排尿していることも多い。訴えがある時は誘導し、トイレで排泄を行っている。夜間は毎日失禁が見られるが、本人から訴えがあった際はポータブルトイレで排泄を行っている。訴えは夜間に2~3回程度



見られる。ベッドから車椅子へは自分で移乗することができるが、センサーマットを設置しており、見守りで対応している。

**家族関係：**結婚後、三男をもうける。次男がキーパーソンになっている。次男と孫の面会が2、3ヶ月に1度程度ある。顔を見るだけでは誰か認識をできないが、話をするとう理解することができる。しかし、面会后数時間経つと忘れている。次男の名前を呼んで「会いたい」と話すことがある。B氏とのやり取りの中で、次男家族の名前が頻繁に出てくる。B氏にとって次男は絶対的な存在であるように窺える。

**他の人間関係：**他の利用者に対して、「貧乏人」や「おっぺしゃん」など見下したような言い方をすることがある。自分が裕福な家庭で育ったことや、家族の自慢話をするこもあり、他の利用者から「聞いているのがしんどい」「黙らせて」などの発言も見られ不協和音が生じている。同室者から「何かされるのではないかと恐怖を感じる」と相談があったため、X+1年12月に居室変更を行った。B氏の話話を聞きながら聞いてくれるC氏に対しては、心遣いを見せる一面もあり穏やかな時間を過ごしていたが、後に口論から暴力行為が見られるようになった。話好きで、本人中心の話題であると嬉しそうにしている。

**職員との関係：**居室担当者に対する認識はなく、職員の性別による反応の違いは見られない。グループスタッフが日々ケアを行っている。帰宅願望が強く不穏状態が持続する時には、施設長や介護科長、施設ケアマネジャーにも協力を得ている。不穏時には職員に対しても、「息子に言ってあんたなんかクビにしてやる」といった発言が見られる。また、暴言を受けているスタッフの次に対応したスタッフに心を許す傾向がある。

**趣味など：**次男からは、晩年は踊りの会に参加し楽しんでたと話があった。本人の話では、大正琴やハーモニカが好きで口笛が得意であったとのこと。若い頃は、映画にもよく行ったと話していた。施設に入所してから、機嫌の良い時には踊りながら唄う姿が見られる。料理レクリエーション時には、盛り付けや果物を包丁で切るなど、手伝ってくれることがある。

**生育歴：**K県で生まれる。本人の話によると、裕福な家庭に育ち、家には蔵が二つあった。父親が事業に失敗をしてからは、女学校に行く前に朝鮮で暮らしていた。朝鮮語の単語をいくつか覚えている。日本に戻ってからは、火薬工場で働いていた。その後結婚し、三男をもうけた。

### 3. 事例の経過

次男の家族と生活していたが、認知症症状、うつ状態が見られはじめ、排泄の後始末が自身では難しくなり、自室に閉じこもり一日の大半を布団で過ごすことが増えた。そのため、デイサービスやショートステイを利用するようになった。X-4年6月～X-2年7月の間に、2か月に1度の頻度でショートステイを利用していた。ショートステイ利用時は杖を使用して歩行しており、機嫌が悪いと他の利用者に対して杖を振り回すなどの行動



や帰宅願望が見られていた。その後、X-2年7月からX年10月まで介護老人保健施設に入所していた。入所中、2回にわたり胆道感染やダンピング症候群による低血糖で同系列の病院に入院をしている。介護老人保健施設では1人部屋であり、日中はほとんど居室で過ごしていた。夜間に大声を出すことがあったが、睡眠導入剤（レンドルミン）を処方されてからはよく眠るようになった。思っていることをそのまま口に出してしまい他の利用者と口論することもあったが、暴力行為までには至らなかった。

X年10月より当施設入所となる。入所当初は「背中が暑い」「頭が痛い」等の体調不調の訴えが見られていたが、話好きで他の利用者やスタッフとも会話するなど、他者とのかかわりを持って過ごしていた。入所後、半年程経過した頃より不穏頻度が増し、気分の浮き沈みや他者への暴言が頻回になった。他の利用者に対して「かたわになったら、人間じゃない」「お岩みたいな顔をして・・・」「貧乏人の長屋育ち、学校にもどうせ行っていないやろ」といった発言が見られるようになった。入所当初は特定の利用者に対して見られていたが、次第に目についた利用者をターゲットにするようになっていった。また、息子の名前を呼び、「会いたい」「電話をして」等の訴えが1日に数回見られ、時には出口を探して玄関まで車椅子を自走し、施設の外に出ようとするものがあった。玄関までの行き方は理解していたが、玄関はタッチパネルを操作しないと開けられないようになっていたため、面会者が来て入り口が開いた時を狙って外に出ようとしていた。帰宅願望が出現した時には、すでに不穏症状が強くなっており話を出来るような状態ではないことも多い。玄関の方へ行こうとした時は、スタッフが後方から付き添っていたが、そのことでさらに不穏になってしまうことがあった。そして、付き添っているスタッフに対して暴言を吐き、嫌悪感をあらわにする様子が見られた。こうした問題に対して抗不安薬（リーゼ）や抗精神病薬（ロナセン）が処方されたが、その頃から他の利用者に対して髪の毛を引っ張る、手を掴む、物を投げるなどの暴力行為も見られるようになった。B氏に対する苦情やトラブルが絶えず、不協和音が生じてしまっていた。

B氏は激しい気分の変動による帰宅願望や暴言・暴力、ベッドからの転倒が頻回に見られている。他の利用者への影響や本人のADLへの影響から、対応について検討を行った。

#### 4. 事例の分析

事例を分析するにあたって、B氏の問題に関連する要因を検討しやすいよう以下の5つの視点から検討した。

##### (1) 転倒

入所から半年間でベッドからの転倒が6回見られた。この原因として、夜間に帰宅願望が生じた際に枕カバーに衣類をつめ込んで荷造りをしようとする、車椅子のフットレストを上げずにベッドに移乗しようとする、ブレーキをかける認識がないこと、などが考えられた。



## (2) 体調不調の訴え

入所時より頭痛や「目が眩しい」「背中が暑い」といった体調不調の訴えが多く見られた。特に、食後二時間程経過してからの訴えが多かった。B氏はダンピング症候群による低血糖の既往歴があり、このことが体調不良の訴えに関連する要因の1つであると考えられた。

## (3) 帰宅願望

B氏の帰宅願望時の様子として、荷造りをして帰ろうとすることや、息子の名前を呼んで「会いたい」「電話して」といった発言が見られていた。これは、見当識障害により自分がどこにいるのか理解できていないことや、知らない場所に1人であることに対する不安感による影響が考えられた。

## (4) 他者への暴言

不穏や気分の浮き沈みには変動があり、機嫌の良い時は他の利用者に対して心遣いも見られていた。暴言は、B氏が他の利用者のことを気遣って言ったことが通じなかった時に多く見られた。また、「ブタみたい」「気持ち悪い顔」「かたわらになったら人間じゃない」といった容姿に関係したのもや、「貧乏人」「学がない」など他者を見下すような言葉が多く見られた。家族からは、裕福な家庭で育ったことや、話題の中心が自分でないと機嫌が良くなかったとの話がある。B氏はプライドが高く、他者を自分より地位が低いと思っているために他利用者に対して暴言を言うてしまうと考えられた。

## (5) 暴力行為

暴力行為に対してはスタッフの中には「どう接していいのかわからない」といった声が聞かれていた。暴力行為は抗不安薬（リーゼ）や抗精神病薬（ロナセン）が処方された時期から見られはじめたため、薬の副作用が原因の1つとして推定された。

## 5. パーソナルケアプランの策定

パーソナルケアプランは、B氏の不安感を和らげ心穏やかに生活できる時間を増やすことを目標とした。

### (1) 転倒への対応

夜間に荷造りをしようとした際の危険を減らすため、夜間のポータブルトイレや車椅子の設置場所をとり決め、枕頭台から衣類をとり出しやすくなるよう環境を整えた。ベッドへの移乗の際の転倒防止策として、B氏は両足を動かして車椅子を自走することができていたため、フットレストを外すこととした。ブレーキの認識については、ベッド柵にブレーキをかけるように張り紙をし、職員が居室に訪室した際には必ずブレーキの確認を行うようにした。さらに、入所時よりベッド下にはセンサーマットを設置していたため、センサーが作動した際はスタッフがさりげなく訪室し、会話をしながら車椅子からベッドへの移乗の見守りを行うようにした。



## (2) 体調不良の訴えへの対応

ダンピング症候群による低血糖への対応として、前施設では午前と午後にチョコレートを提供していたため、当施設でも同様の対応を行った。また、医師、看護師とも連携をとり、食事の提供方法についての相談や、体調不良時のバイタル測定や血糖値測定を行うようにした。「目が眩しい」と訴えた際は、食堂のカーテンを閉めたり、窓に背を向けた席に座ってもらうなど、B氏が苦痛に感じない環境を整えるようにした。頭痛や「背中が暑い」といった訴えが見られた時は、同時に「死ぬんじゃないだろうか」「息子に宜しく伝えて」のような気弱な発言も見られた。そのため、スタッフが付き添い、手を握ったりして安心感を持ってもらえるような声かけを行うなど精神的側面からアプローチすることにした。

## (3) 帰宅願望への対応

次男の名前を呼び「会いたい、電話をして」等の訴えがあった際は、B氏の気持ちに寄り添い、話を傾聴するようにした。また、気分転換を図るために施設の外に散歩に出かけるといった対応を試みることにした。さらに、万一の危険性を考慮し、次男に了解をとった上で車椅子に徘徊センサーを装着することにした。

## (4) 他者への暴言への対応

暴言が見られた時にはすぐに仲裁に入るようスタッフ間で意識を統一した。また、B氏が自慢としている家族のことや、昔の思い出を聴くことで次第に落ち着くこともあった。そのため、暴言がおさまらない時には暴言を受けている利用者と引き離し、場所を変えて共感的態度でB氏の思いを受け止めるように試みることにした。

## (5) 暴力行為への対応

B氏の日々の状態は日誌にも記載していたが、スタッフの思いも書き綴れるように別にノートを作成し、自由に記入できるようにした。また、薬の副作用による影響が考えられたため、医師や看護師に相談することにした。

# 6. 結果

## (1) 転倒について

パーソナルケアプランに基づいた転倒防止策をグループスタッフに周知徹底した結果、ベッドからの転倒はなくなった。

## (2) 体調不良の訴えについて

体調不良の訴えがあった際はアイスノンをしてもらうなど身体的な対応に加え、スタッフが付き添い安心できるような声かけをすることで精神的アプローチにより症状が軽減することがあった。また、低血糖が2度見られたため、看護師・栄養士とカンファレンスを行い、さらに提携病院の医師にも相談し、食事に関しては分割食で提供することになった。その結果、体調不良の訴えは見られなくなった。しかし、他の利用者と自分の食事の量の違いを見て、「いらぬ」や「もっとないの」と立腹することがあり、イライラ感が募



っているようであった。また、食後数時間経つと、喫食したことを忘れており、食に対しての執着は以前よりも強くなっているように思われた。

### (3) 帰宅願望について

声かけなどの対応が上手くいかない時でも、スタッフが入れ替わって対応することで少しずつ落ち着きを取り戻す様子も見られた。グループスタッフだけでは対応しきれない時には、施設長をはじめとする全スタッフに協力を得て対応した。また、施設の外に散歩に出かけると、花を見て「綺麗だね」と満面の笑みを浮かべることがあった。

### (4) 他者への暴言について

B氏の思いを受け止めることで不穏症状が軽減することもあったが、再びターゲットになっている利用者を目の前にすると執拗に暴言を吐いてしまうこともあった。そのため、対応について検討できるよう日誌に本人が話した話題の内容や状況を細かく記録するようにした。

### (5) 暴力行為について

医師に相談し、薬の調整のためX+1年12月よりX+2年2月までの2ヶ月間入院し、処方の変更された。その結果、暴力行為は全く見られなくなった。他の利用者に対して強い口調で話すことはあるものの、暴言や体調不調の訴えのいずれも見られなくなった。

## 7. 考察

本事例では、気分の変動が激しく、他の利用者に対して暴言が見られるB氏に対して、施設で心穏やかに生活してもらうことを目標にケアの内容について検討した。B氏の課題を細かく分類し、それぞれについて対応を検討したことでケアの方針がより明確になり、職員間で統一したケアを実施できるようになったと考えられる。また、本事例では栄養士や看護師、医師とも連携し、ダンピング症候群に対する食事の提供方法の変更や薬の調整といった医療的対応を行ったことで体調不良の訴えや暴力行為が見られなくなった。本人にあった環境の調整や、話を傾聴するなどの精神的なアプローチだけでなく、身体的要因についても考慮し積極的に医療との連携を図ることも重要であると考えられる。

## 8. まとめ

B氏の現在のあるがままの状態を受け入れ、目標を立ててチームケアの方向性を示すことで、「どう接したらいいかわからない」と思い悩みながらも、スタッフ同士の気持ちを繋ぐことができたのではないかと考える。グループスタッフだけではなく、他職種との連携や、施設長をはじめ施設が一丸となって取り組みを行なえたことも認知症ケアにおいては大切なことである。B氏のカンファレンスを繰り返し行うことで、グループスタッフが今まで以上にB氏に関心を持ち、深く知りたいと思う気持ちになれたことも評価したい。



本取り組みの中で、スタッフそれぞれがB氏の気持ちに寄り添い、B氏が少しでも穏やかな時間が過ごせるように考えた。自分が思うB氏を他のスタッフは違う角度から捉えているところもあり、カンファレンスを行いながらケアの方向性を探っていくことの重要性を痛感した。認知症ケアにおいて、チームケアを行うことで利用者を多角的に捉えることができ、また、それを共有することで利用者に対する総合的な理解が深まっていく。本取り組みの中で少しでも成果があったことは、スタッフのやりがいや達成感にも繋がったと考える。今後の課題としては、B氏が不穏になってからかかわるのではなく、不穏に陥る前にどのようなアプローチができるかを検討していきたいと思う。



## 《事例3》

施設での役割を持つことにより、帰宅願望や  
収集行動に改善が見られた事例**キーワード：帰宅願望、収集行動、役割づくり、居場所****概要**

本事例では、帰宅願望や収集行動が見られるC氏に対するケアの取り組みを行った。C氏の帰宅願望や収集行動は、記憶障害や見当識障害のために施設で生活していることや自分の持ち物かどうかの理解ができていないこと、あるいはすることがなく手持ち無沙汰なことにより起こっていると考えられた。施設内デイサービスに参加し役割を持ってもらうことで、C氏の様子に変化が見られた。一方で、タイミングによっては逆に不穏になってしまうこともあった。施設で役割を持つことは、施設利用者のQuality of life(QOL)向上に寄与すると考えられたが、そのためにはケアの内容や、状況について詳しく記録し、スタッフ間で意識を統一することが重要であると考えられた。

**1. 問題**

C氏は、施設を学校と思っているのか、他の利用者を子供扱いし「私は、ここの監視を頼まれている」と陰しい表情で他の利用者の動きに対して注意をしたり、スタッフに「私の言うことをきかない」と言って不穏になることがある。一方で、他の利用者の世話をしたり、話しかけたりするなど面倒をみていることもあり、明るく朗らかに過ごしている。

しかし、C氏には入所時から帰宅願望が見られている。時が経つにつれ入所時より落ち着いてきてはいるものの、施設で暮らしているという認識が乏しく、夕方になると「いつ帰るの?」「お父さんに電話しておかないと…」など、何度もスタッフに尋ねてくる。その都度「今日はここに泊まりになってますよ」「ここはCさんのお家ですよ」「お父さんには連絡していますよ」と伝えることで安心するが、就寝するまで同じ光景が繰り返される。また、C氏には収集行動も見られ、他の利用者の部屋に入ってタオルや洗淨綿などを自分のかばんに詰め込むことがあった。

C氏が他の利用者との関係を大切にしながら充実した時間を過ごせるよう支援することを目標とし、C氏に見られるこれらの行動の原因について検討した。

**2. 事例の概要（入所年をX年とした）**

対象者：C氏 77歳 女性 X年1月入所。

要介護度：3



**認知症の日常生活自立度：**Ⅱb

**既往歴：**花粉症

**現病歴：**アルツハイマー型認知症 X-4年12月診断

**処方：**入所時：セロクエル（抗精神病薬）2錠 昼・夕、ヨーデル（便秘薬）2錠 夕

**現在：**アリセプト（認知症治療薬）5mg 1錠 朝、セロクエル（抗精神病薬）25mg 2錠 夕、オノンカプセル（抗アレルギー薬）112.5mg 2錠 朝・夕

**家族関係：**夫（84歳）は入退院を繰り返しており、息子も病気療養中のため、会いに行きたくても来られない状況である。キーパーソンである息子の嫁が年に数回面会に来ていいる。入所当初は嫁の名前をよく呼んでいた。X+2年6月に家族で外出をした際、家族全員を認識することができなかった。それ以後、嫁の面会も減り、嫁の名前を呼ぶ回数も減少している。

**他の利用者との関係：**誰とでも会話を楽しんでおり、自分から話題を提供している。特に、同室のN氏とは食事のテーブルも同じということもあり、会話も弾み頼りにしている。そして、同室のO氏を子供と思っており世話をする様子が見られている。頼りにしているN氏の名前は覚えていない（N氏をお姉さんと呼んでいる）が、O氏のことは名前を呼んでいる。苦手な利用者に対しては、側に寄り話しかけることはない。

**職員との関係：**職員にも気さくに話しかけ、冗談も交えながら会話が弾む（実習生・ボランティアに人気がある）。一方で、意に沿わない時は説教をするように自分の思いをスタッフに強い口調で伝えてくる。スタッフの名前は覚えていないようで、「お姉さん・お兄さん」と呼んでいる。しかし、入所時の担当スタッフのことは認識しており、下の名前で呼んでいる。担当スタッフが休みの日には「どこ行ったの？」「いつ来るの」と一日中尋ねてくる。異動により担当が変わったが、時々顔をあわせることがあるとそのスタッフの名前を呼び嬉しそうに話をする様子が見られる。

**趣味など：**日本舞踊、歌を唄うこと、社交ダンス、茶道、華道

**生活歴：**高等学校を卒業後、専門学校に進学し、その後は父親が勤める会社にタイピストとして結婚するまで働いていた。クリーニング店を経営する夫と結婚し、クリーニング店の手伝いや町内会の役員・婦人会の会長も務め、充実した日々を過ごしていた。

**ADL：**食事は自立しており食欲もある。盛り付けや味噌汁の調理を手伝うこともあるが、指示が必要である。排泄も自立しているが、1日に1回程度パッドやパンツを汚すことがある。夜間はポータブルトイレを使用している。歩行は、時折ふらつきの訴えがあるが転倒はない。訴えがあった際は、手をつないだり見守りで対応している。自身で気をつけており、手すりを掴みながら慎重に歩いている。就寝は22時頃、起床は6時頃で、よく眠っている。時折、同室者の声がうるさいと訴えがある。入浴は週3日で、洗身、洗髪は指示が必要である。



**認知機能の特記事項：**言語能力は保たれており、大勢の前で挨拶を頼むと上手くまとめて話をする事ができる。他の利用者ともよく会話しており、コミュニケーションは好んでいる。しかし、同じ話を繰り返すなど短期記憶の低下が見られる。見当識障害もあり、日付や場所の認識が難しい。

### 3. 事例の経過

婦人会やPTAの会長としていつも人の輪の中心にいたが、世代交代で役職を退いてから同じ事を何度も尋ねたり、外出すると戻れないという症状が現れはじめ、X-4年12月に病院を受診しアルツハイマー型認知症と診断を受けた。在宅サービスを受けながら夫と二人暮らしをしていたが、X-1年9月に夫が入院したことをきっかけに、介護老人保健施設に入所した。同年9月、夫の退院にあわせて介護老人保健施設を退所し、二人暮らしを再開した。介護老人保健施設の入退所と環境の変化による影響か、認知症症状の進行が見られた。夫は入院中に下肢の筋力が低下し、外出願望の強いC氏の介護に自信が持てなくなった。近くに住む息子も病氣療養中であり、嫁も息子と義父の介護でC氏の介護まで手がまわらないという理由でX年1月に当施設に入所した。

入所時より帰宅願望が強く、荷物をまとめて「帰ります」「今日は帰れますか」など繰り返し話し落ち着かない。そのため、対応として、1. 側でゆっくり話を聞いて良好な信頼関係を作る、2. 一緒に散歩をする、の2点を重点的に実施することで徐々に訴える回数は減ってきた。しかし、今度は興味が他の利用者の荷物に移り、他の利用者の居室に入りタオルやティッシュペーパー、マグカップなどを自分のカバンに入れる行動が見られ始めた。他のことに気が向いた時にスタッフが回収をしているが、そのことでカバンの中の物がなくなったという訴えが見られることはなかった。

帰宅願望や収集行動の原因を突き止め、C氏が安心して過ごすことができるようにC氏のこれらの行動の原因についてスタッフミーティングで検討した。

### 4. 事例の分析

#### (1) 帰宅願望

C氏の帰宅願望は、職員が忙しく動き回っている時間帯や天気の悪い日に多く見られた。C氏には見当識障害があり、施設で暮らしているという認識に乏しいことが原因として推測された。また、施設内でやることなく手持ち無沙汰な状況にあり、施設にいる意義がわからないことも帰宅願望と関連していると思われた。

#### (2) 収集行動

C氏はよくお茶を飲んでおり排尿回数が多かった。ティッシュペーパーやタオルを集める行動は、排泄時に使用する目的で集めている可能性が考えられた。また、やることなく手持ち無沙汰になった時に、物や自分のカバンのことに意識が向き収集行動につながる



と推測された。また、居室の枕頭台には鍵がついていないことが、収集しやすさにつながっていると思われた。

## 5. パーソナルケアプランの策定

C氏の帰宅願望や収集行動は、見当識障害による不安感や、することがなく手持ち無沙汰なことが関連していると推測された。そのため、C氏が役割を持ち、安心して過ごせるような居場所作りが重要であると考えられた。

特養では、入所者で認知症の利用者5名を人選し、認知症デイサービス休業日である日曜日に“ゆったり・こじんまりした空間の中”で居場所作りと仲間作りをケアのコンセプトとした施設内デイサービスをX-1年7月より毎週日曜日に実施していた。C氏もこのメンバーに加わり、食事の盛りつけや食器洗い、掃除などの生活リハビリと部屋の飾り物の作成などを行うようにした。

帰宅願望や収集行動が現れた時には、施設で生活していることを伝えたり、トイレトペーパーは常時設置してあることを伝えるなど、C氏が安心できるよう声かけを行うと共に、本人の思いを共感的な姿勢で傾聴するようにした。また、自分の物かどうかの認識を促すことを目的に、枕頭台にチャイルドロックを取り付けた。

## 6. 結果

施設内デイサービスに参加するようになってから意欲的になり、他の利用者への優しさが見られるようになったが、X年3月施設内デイサービスが終了した。しかし、これまで培ったノウハウを活かし、特養本体の1ユニットで継続したケアを実施することになり、C氏のいるユニットが対象となった。役割を持ってもらうために掃除やタオルたたみなどを頼んだが、C氏の機嫌が悪い時に頼んだり、他のことに興味を持っている時に声をかけてしまった時は逆に不穏になってしまうことがあった。また、役割を持つことでユニットの中で強い立場になり、関係が悪くなった利用者も現れた。しかし、役割を持つことによってケア目標の帰宅願望や収集行動には改善が見られた。

## 7. 考察

施設内デイサービスに参加し、役割を持つことはC氏のQOLの向上に寄与したと考えられる。しかし、タイミングによっては逆効果になってしまうこともあった。居場所作りのために行っていることが居心地の悪い結果にならないよう、今後もケア内容とその時のC氏の状態や反応を詳しく記録し、C氏のことを知ること、C氏の情報を共有することが大切であると考えられる。



## 8. まとめ

本事例に取り組んだことで、事例に関わったスタッフだけでなく、スタッフ全員が利用者の出来ること・出来ないこと、したいこと・したくないことを分析する手段を学んだことが一番の成果であったと思う。スタッフ同士で利用者のお話をしている時、これまでは対応に困っていることばかりが話題になっていたが、最近では利用者の意外な一面を伝えていることが増えてきた。問題点ばかりを話し合っていると先入観が生まれてしまうが、新たな一面を見つけたことを話し合うことで、できることが増え、それがケアプランに繋がって、利用者にとって居心地の良い場所となることで不安の解消に結びつけることができると思われる。今回の取り組みを事例検討のためだけでなく、一般化していきたいと思う。また、事例検討によりスタッフ間で話し合うことができたことで、スタッフも自信を持ってケアに当たることができた。引き続き、C氏にとって不安のない、居心地の良い居場所作りをC氏と共に求めていきたい。



## 《事例4》

### 残存機能を活かしたアプローチにより 意欲低下に改善が見られた事例

#### **キーワード：意欲の低下、残存機能、褥瘡、排泄パターン**

#### 概要

本事例では、左大腿部頸部骨折を期に ADL や意欲の低下が見られるようになった D 氏に対するケアについて検討した。パーソナルケアプランを策定するにあたって、意欲を向上させること、褥瘡の予防、排泄環境への配慮、の3点を目標にした。D 氏のできること、できないことを見極め、その情報をスタッフが共有することで統一したケアを行えるようにしたことで、D 氏の自己肯定感が高まり意欲の向上につながったと考えられる。

#### 1. 問題

本事例の対象者である D 氏は、認知症症状があるもののグループホームに入所していた頃はほぼ自立した生活を送っていた。しかし、左大腿部頸部を骨折してからは、ADL や意欲の低下が顕著になる。リハビリにより回復傾向にはあるが、家族は以前のように笑顔で過ごしてほしいと思っている。本事例では D 氏のできること、できないことを細かく見極め、どのようなパーソナルケアプランが必要であるのかをグループスタッフで検討した。

#### 2. 事例の概要（入所年を X 年とした）

対象者：D 氏 86 歳 女性 X 年 8 月入所。

要介護度：5

認知症の日常生活自立度：ランクⅢa

障害高齢者の日常生活自立度：B2

既往歴：高血圧（30 歳台）、高脂血症（60 歳台）、アルツハイマー型認知症、  
（X-5 年頃）、左大腿骨頸部骨折（X 年 1 月）、仙骨部褥瘡

※左大腿骨頸部骨折により人工骨頭挿入術を行っている。

#### 処方：

入所時の処方（X 年 8.17） ミカルディス錠（降圧剤） 2 錠（昼 2） 昼食後、ランソプラゾール錠（胃腸薬） 1 錠（朝 1） 朝食後、フルトリア錠（降圧剤） 1 錠（朝 1） 朝食後、セパミット R 顆粒（降圧剤） 2 包（朝 1・夕 1） 朝・夕食後、マグミット錠（便秘薬） 2 錠（朝 2・夕 2） 朝・夕食後、ザイロリック錠（高尿酸血症治療薬） 1 錠（朝 0.5・夕 0.5） 朝・夕食後、メマリー錠（認知症治療薬） 1 錠（朝 1） 朝食後



(X+1年.3.4) 上記からマグミット錠のみ処方なし・他変更なし

**認知機能の特記事項：**簡単な会話は成立するが、時折言葉に詰まり、もどかしそうにしている。質問をしても、「わからへんわ」「そんなん知らへんよ」と答えることも多い。一方で、息子や嫁の名前を呼んだり、「私には妹がいるんよ」などと話すことがある。入所当初は、トイレに誘導することを説明しトイレに連れて行っても、何処に居るのかわからない状況であった。起床時は場所の見当識障害が顕著である。また、視空間認知障害が見られ、まだ入っている食器の上に食べた食器をおいていることがある。

**行動障害の特記事項：**夜間の清拭時は、説明をするがスタッフに対して強い口調で「誰じゃ、男が何するねん」「また来たんか、しつこい女やな」「おまえなんか嫌いじゃ」といった言葉が聞かれ、布団を頭まですっぽりと被る様子が見られる。暴力や介護抵抗は見られていない。

**ADL：**食事は自立しているが、すぐに「いらない」と言って手が止まる。食べるスピードは早く、誤嚥の危険性がある。尿意や便意は曖昧であるが、オムツで排便があった際は手で触っていることがある。車椅子への移乗は、ベットからの居位動作や立ち上がりは介助を要するも協力動作は見られる。

**家族関係：**結婚後、一男一女をもうける。キーパーソンは、長男の嫁である。長男夫婦は、長期にわたり海外勤務をしており、夫と二人暮らしが長かった。そのため、D氏の隣にはいつも夫がおり、頼りにしていた。夫のことをよく気にかけており、隣の利用者を夫と間違えて話しかける姿が見られた。入所時は、男性のスタッフを見て息子の名前を言い、「あれは、〇〇か」と尋ねてくることがある。

**他の人間関係：**多趣味であり、社交的であった。元々穏やかな性格で、人付き合いを大切にしており友達も多かった。近所の子供を預かって面倒を見ていた。以前住んでいた家の近所の知人の面会などもある。

**職員との関係：**居室担当の認識はなく、職員の性別による反応の違いは見られない。スタッフが動くのを目で追っている。夕方になると、「ちょっと、すいませーん」とスタッフを呼び止め、「どうしたらいいの?」「泊まる場所あるの?」と尋ねてくることがある。スタッフの声かけには笑顔で応じるが、「知らんわ」「わからへん」と答えることが多い。

**趣味など：**洋裁はプロ級であり、自宅には工業用ミシンがあった。15年程社交ダンスをしていた。フラワーアレンジメントを習っていた。

**生育歴：**京都府で生まれる。息子の話では、6人兄弟の2番目であり、現在も姉と1つ違いの妹は健在である。

### 3. 事例の経過

夫と二人暮らしであったが、X-5年頃から認知症症状が現れはじめた。病院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断されアリセプトを処方された。しかし、夫に対して、暴言



や暴力行為が見られ始めたため、その後中止になった。X-3年、長男の妻の付き添いのもと、再び物忘れ外来を受診しメマリーを処方された。その後も夫と二人暮らしであったが、夫が緑内障になり介護が難しくなったためX-1年10月にグループホームに入所した。D氏は元々話し好きであり、社交的な性格からすぐにグループホームに馴染んだ。折り紙や塗り絵を楽しんでおり、息子夫婦が面会に来た時は笑顔も多い。X年1月、居室内で転倒しているのをグループホームのスタッフに発見された。左大腿部頸部を骨折しており、人工骨頭挿入術を施行され入院した。その後、生活全てにおいて介助を要する状態となった。食事は目を閉じたままで介助をするが、殆ど食べない日もあった。ベッドから車椅子への移乗時は、疼痛や全身の突っ張りも強く、スタッフが二人介助で実施していた。また、仙骨部に褥瘡が出来た(4.5センチ×5センチ、3.5センチのポケットあり)。褥瘡治療のために、バルーンカテーテルを留置していた。X年7月、介護老人保健施設のショートステイを利用し、同年8月に当施設入所となった。

入所時にD氏や家族に施設での生活についての意向をうかがったところ、D氏は「私、わからへんよ」と答え、家族は出来れば伝い歩きでも出来るようになって欲しい、施設での生活に早く慣れて楽しみを増やして笑顔で過ごして欲しいとの話があった。そこで、入所時のケアプランとして、1. スタッフと良好な関係を保ち、体調などの様子観察がスムーズに行えるようにする、2. レクリエーションに参加することで、施設での生活を楽しむ、3. 自分のペースで食事をし、手が止まっている時は手伝う、4. 自身で出来る事は継続する、5. トイレでの排泄を継続し、清潔な環境を維持する、6. 褥瘡の完治、の6点をケアの方針として掲げた。

入所当初、信頼関係を築くためにグループスタッフそれぞれが話しかけに努め、その内容をグループ日誌に記載し、スタッフ間で情報の共有を行った。しかし、話を聴いていても「昔の事やから忘れてしもた」「私はわからへんよ」と答えることが多く、会話が続きにくかった。また、「おとうさーん」「何処行ったんやろ」と夫のことを気にしている様子が見られた。カラオケや歌体操などの集団レクリエーションでは、グループスタッフが側で付き添うと楽しそうに唄っているが、離れると輪の中でポツンとしていることが多く刺激がないようであった。食に対する意欲は乏しく、献立を説明し器を手にとってもらうと食べるものの、すぐに手を止めてしまう。一方で、食べるスピードは早く誤嚥の危険性があった。食事を食べない時は、「お医者さんが食べるように言っていた」と伝えると食べることがあると嫁から話があり、そのように伝えると食べることもあった。途中から介助も交えることで全量摂取はできていた。車椅子からベッドへの移乗時は介助を行なっているが、立位保持や両足の踏み換えなどは行なっていない。車椅子の自走を試みたところ、目が少し見えにくいことや身体が傾いていることもあり、左方向へ進んでいく傾向が見られた。トイレ誘導時は、グループスタッフ2人介助で行っていた。「こわい」「落ちる」と訴えることがあったが、立位保持は両足を踏ん張り行なっていた。入所当初、仙骨部の褥瘡があり



便座に座るのが辛い様子で、「痛い」と訴えることがあった。座位も保ちにくく、スタッフが支えていた。また、トイレで排泄がないことが多く、トイレ誘導後に本人から「トイレに行きたいわ」と話すことが数回あった。褥瘡に対しては看護師と連携をとりながら治療に向けた取り組みを行っており、日中の離床時間を短めにし、2時間毎の体位変換を実施していた。

入所当初に立てたプランによるケアを行っていたが、ケアを行っている中で意欲やADLの低下が観察されたため、入所後数ヶ月の様子を踏まえ、D氏がより良い生活を送れるようケアプランを再検討することとした。

#### 4. 事例の分析

アルツハイマー型認知症では、最近の記憶から失われていき、昔の記憶は比較的保たれていることが多い。しかし、「昔のことやから忘れてしもた」という発言からは、昔の記憶も失われていることが窺われ、一見記憶障害は重度と思われる。しかし一方で、「わからへん」と答えることも多く、会話に対して消極的な様子が見られる。このような様子からは、記憶障害の問題だけでなく、意欲の低下により会話をする気力が湧かないために、尋ねられても答えが出てこなくなっている可能性も推測される。また、いつも側にいた夫がいないことで不安感が高まっていると思われた。

D氏はスタッフがそばにいる時は楽しそうに歌う様子も見られるが、そうでない時は一人で過ごしていることも多い。若い頃から多趣味で社会的であったという情報からは、集団で何かをすることは嫌いではないと思われる。集団レクリエーションに参加はしているが、様子としては消極的であり、家族の話による昔のD氏の様子とは異なる印象を受ける。

排泄時には「こわい」「落ちる」と恐怖感を感じていた。また、褥瘡により座ることに対する苦痛も見られた。誘導時に排泄がないことも多く、誘導後に「トイレに行きたいわ」と話す様子が見られていた。見当識障害により、トイレに誘導されてもトイレと認識できていないことが原因の1つとして考えられた。D氏が安心して排泄できるよう、褥瘡の治療や声かけの工夫、排泄パターンの認識などが重要であると考えられた。

#### 5. パーソナルケアプランの策定

D氏の事例の分析から、パーソナルケアプランを策定するにあたっては、1. 意欲を向上させること、2. 褥瘡の予防、3. 安心して排泄できるようなケアを行うこと、が重要であると考えられた。これらの課題を踏まえパーソナルケアプランを策定した。

##### (1) 意欲低下への対応

行事やレクリエーションに参加する際は、D氏のできることや好きなことに着目し、意欲に繋がるように支援することにした。また、歌の際はD氏が楽しめるよう、スタッフが耳元と一緒に唄うなどの配慮をするようにした。他の利用者と一緒に作業を行うことでコ



コミュニケーションの場を広げる機会を増やせるようにした。また、車椅子の自走や入浴時は、洗身、洗髪などは出来る限り自分で行ってもらうことで、D氏の残存能力を奪わないようにスタッフ間で意識を統一した。

#### (2) 褥瘡の予防

褥瘡予防のために定期的な体重管理や皮膚状態の観察を徹底するようにした。また、褥瘡予防のためには栄養状態の把握も重要であり、食事をしっかりと摂取することも重要である。そこで、D氏が自分で食事を食べられるように小鉢に分けて提供するなど工夫をし、食事量や水分量の把握も徹底した。

#### (3) 排泄環境への配慮

トイレに誘導時には、場所の認識ができるよう丁寧に説明することをグループスタッフが共通の認識として徹底するようにした。

## 6. 結果

歌は好んでおり、スタッフが耳元で一緒に歌を唄うことで、様々なジャンルの歌をよく知っていることがわかった。集団レクリエーションのカラオケに参加した際は、他の利用者と一緒に唄う姿が見られた。また、家族の協力が得られ散歩を実施することになった。すると、家族が面会の際にD氏自ら「散歩に行こうか」と話すことがあった。日中は話好きな利用者の側で過ごしてもらうようにし、コミュニケーションの場を設けたことで他の利用者と話をする姿も見られた。また、おしぼり巻きやタオルたたみを頼むと、「これでいいのか」と言いながら手伝う様子が見られた。他の利用者と一緒に作業をすることがコミュニケーションの場となり、話をする機会が増えている。入浴時の洗髪や洗身も手の届く範囲で行なうことができている。車椅子の自走は、軌道修正は必要であるものの、日に日に自走距離も伸びている。居室よりホールまでの間、20メートル程は自走可能である。

褥瘡予防に向けた食事の取り組みでは、声かけは必要であるものの、スタッフが介助することなく全量摂取できている。声かけをしなくても食べるが増えてきた。食欲の増加に伴いミキサー食から軟食に変更した。また、料理レクリエーションで作った焼きそばやお好み焼きなどは、細かく刻むことなく食べるができている。その際は、箸を上手に使っていた。

トイレ誘導時に、トイレであることを伝えると「ここですか」とスタッフに聞きながら排尿している。紙パンツにパッドをしているが、日中はパッド内に排尿することはほとんどなく、トイレで排泄ができている。褥瘡が完治したため痛みの訴えもない。手すりを持って起立、立位保持が行えるようになっており、スタッフ1人で介助している。



## 7. 考察

本事例では、D氏の残存機能を活かしたケアの取り組みについて検討した。D氏は、入所当初から意欲やADLの低下が見られ、スタッフの介助が必要なが多いと思われていた。しかし、これはスタッフ間での意識が統一できておらず、本当は自分でできることをスタッフによっては介助してしまっているということが原因の1つとしてあった。そこで、D氏のできること、できないことを見極め、その情報をスタッフが共有することで統一したケアを行えるようカンファレンスにより検討した。その結果、スタッフがこれはできないだろうと思っていたことも自分で行う様子が見られるようになった。また、自ら家族に対して「散歩に行こうか」と話す様子も見られた。スタッフが介助してしまうのではなくD氏の能力を信じてケアを行うことで、D氏が「自分でできている」という感覚が生まれ自己肯定感が高まったことが意欲の向上につながったと考えられる。

本事例では同じケアの視点で同じ目標に向かってチームでアプローチを行った。グループスタッフそれぞれがその方の状況に合わせたケアを行い、カンファレンスを繰り返していくことでより深みのあるケアが提供できると考えられる。

## 8. まとめ

D氏に対するチームケアの中でグループスタッフがケアカンファレンスを行い、意見交換できたことはスタッフ同士良い刺激となった。家族から笑顔が増えて嬉しいとの言葉があり、ADLが向上したことも含め、グループスタッフのやりがいにも繋がった。また、D氏の生きてきた人生の背景をうかがうことで、それがケアに活かせなくても、スタッフがその方の人生の重みを感じとることができたのではないかと思う。それは、認知症ケアにおいては重要なことであると考えられる。



## 《事例5》

### 物の取り込みが見られる利用者に対する 心理的背景を踏まえたケアの取り組み

#### **キーワード：物の取り込み、水分摂取、尿失禁**

#### 概要

本事例では物の取り込みがみられるE氏について、その行動の背景にある心理的要因を踏まえたケアの取り組みを行った。E氏は尿失禁も同時に問題としてあり、排泄の問題と物の取り込みが関連していると推測された。医療機関への受診、排泄パターンの把握、E氏の生活環境を日常に近づけるといった取り組みを行った結果、E氏の行動に変化が見られた。観察された問題を単に認知症の症状と位置づけるのではなく、その心理的背景について考えることが認知症高齢者にとってよりよい生活の実現に繋がると考えられた。

#### 1. 問題

本事例の対象者であるE氏は、入所後より自分の居室の枕頭棚にある衣類を清潔な物と不潔な物を混在させるなど、自己管理をすることが難しい状況にあった。特に衣類を紛失したり、他者の物を持ち込んでいることも見られた。これが物を取り込む行動の初見であった。居室内に設置してある共有の棚から紙オムツ類を自分で持ち出すようになり、それをベッド周りに隠すようになった。また、物の取り込みは居室の物だけでは収まらず、食事用エプロン、トイレに置いてあるトイレットペーパー、ペーパータオルなど、特に紙類を取り込んでいることが多く見られた。

このような物を取り込む行動から、単純に物をE氏から遠ざけたり、引き下げることで行動を起さなくなる、あるいは緩和するのではと推測していたが、このような対応はE氏に対するその場しのぎの対応であり、何の解決にも至っていない。E氏が物を取り込む心理を理解することで行動の動機を知り、それに対する援助方法を導き出すことが必要だと考え、カンファレンスにて検討した。

#### 2. 事例の概要（入所年をX年とした）

対象者：E氏 89歳 X年特別養護老人ホーム入所。

要介護度：3

家族構成：子供は3人。キーパーソンは次男。

既往歴・現病歴：アルツハイマー型認知症、高血圧、良性脳腫瘍。

服薬内容：アリセプト（認知症治療薬）、ヨーデル（便秘薬）、デパケン（気分安定薬）、



センノサイド（便秘薬）。

**身体面**：移動は歩行器使用にて見守りなく歩行できる。上肢下肢共に特に制限はなく健常である。食事や排泄動作はほぼ自立している。しかし、排泄に関しては尿失禁が多く見られる傾向にある。トイレへの声かけ・誘導時には尿失禁が高い確率で見られる。

**精神面**：普段は温厚な性格で他利用者との関係も良好である。他者に対して自分から話しかけることが多く社交的な印象を受ける。物を取り込むことが見られるようになってから、物を自分のものだと勘違いし、スタッフや他者に対し立腹することもある。

**心理社会面**：施設での生活はある程度理解している様子であるが、夕刻になると「夕飯を作らなければ」などの言動が時々見られる。他利用者と共に過ごすことで集団生活への適応はできている。

### 3. 事例の経過

大阪に生まれる。結婚後、3児をもうけ、長女と長く同居する。70歳まで接客の仕事に就いていた。その後、次男と共に生活をしていたが少しずつ認知症による症状が見られるようになる。自宅に訪れた民生委員にお金を盗まれたなどと訴えるようになり、困難事例として地域包括支援センターに連絡が入る。その後、ヘルパーやデイサービスを利用し始め、経済条件を踏まえ軽費老人ホームに入所する。しかし、軽費老人ホームでも尿失禁が見られるようになり、被害的な発言も絶えず見られ他利用者とのトラブルが目立ったことで軽費老人ホームでの生活が困難となり、特別養護老人ホームへ入所することになった。

特別養護老人ホーム入所後は尿失禁が特に多く見られるようになった。日ごろから水分摂取量が多く、自分でポットのお茶を1人で飲みきってしまう程積極的に水分摂取している。トイレに行った際には既に排尿失禁していることがほとんどであった。自覚症状もあまり見られず、トイレに来てから気づくこともあった。夜間は寝入ってしまうと起きられないために、ベッド上が全面濡れるほどの多量失禁もしばしば見られる。

また、居室の枕頭棚にある衣類を日頃より整理している様子が見られ、尿失禁で汚れた衣類を混合するようになる。靴下やタオルなどの紛失が続くようになり自己管理が難しい状況となったため、衣類を居室内の違う棚に移し施錠して収納することとした。それでもスタッフの行動を見て鍵を開錠して衣類を引き出していることがあり、居室内での管理は難しいと判断し他居室にて管理するようになった。同時に、居室内に管理しているオムツ類を勝手に持ち出して取り込む様子も見られるようになる。また、尿失禁の頻度が増えるにつれトイレトーパーやペーパータオルなどの紙類を取り込むことが多く見られるようになった。取り込んだ紙類は下着の中に入れていたり、居室に持ち帰ってはベッドや棚などに隠していた。毎日のように紙類を取り込んでいるため、トイレにトイレトーパーやペーパータオルを常時設置することが出来ない状況になった。共用のトイレから紙が持ち出されることは他利用者にも影響が出ており、他利用者はE氏に対して「またあの人



か」と冷たい目を向けるようになった。紙類を引き下げることによりトイレからの持ち出しは無くなったものの、他利用者のタオルを下着に入れる、献立表を紙がわりに取り込むなど、代用出来る物を見つけては同じように使用するようになった。

#### 4. 事例の分析

E 氏の生活の様子からは、1. 物の取り込み、2. 過剰な水分摂取、3. 多量の尿失禁、4. 他者の物を識別出来ない、といったことが問題として挙げられる。こうした問題の原因としてE 氏の心理から考えられることは、尿失禁があるために紙類を取り込んでしまうということである。そこで、尿失禁と物の取り込みの2点に焦点を当てて分析した。

##### (1)尿失禁

尿失禁は加齢による身体機能の低下によって引き起こされることが多い。しかし、E 氏の場合は日頃より過剰な水分摂取が見られていることも尿失禁と関連していると考えられる。また、尿失禁について自覚症状が見られていないことから神経障害による失禁の可能性が高い。日頃よりトイレへの声かけをして誘導しているが、自分で行くこともあり排泄ペースや排泄のデータについてはわかっていない。

##### (2)物の取り込み

日ごろから何かに執着を持っているわけではないため、意識的に取り込んでいるのではないと考えられる。トイレトーパーなどの紙類を取り込んでしまうことから、きっかけとして尿失禁に気づいたときに手元にあったのがトイレトーパーであり、それで安心感を得たことにより紙類の取り込みに繋がったのではないかと推測した。また、入所後に衣類などの管理困難が見られ、別の場所にしまうように対応していたために、自分の周りに生活物資が少ないことも要因として考えられる。自分の私物がなく生活感の無い居室となっている状態により、何かを手元や身近に持ち込みたくなるという欲求が生まれ、物を取り込む行動に繋がっていると考えられる。

#### 5. パーソナルケアプランの策定

事例の分析を踏まえてE 氏のパーソナルケアプランの目標を「E 氏の行動の要因を考え、安心できる生活を送って頂く」とした。尿失禁については、医療機関への受診と水分摂取と排泄の関連を調査することにし、物の取り込みについては居室に引き上げた衣類などを元に戻してみることにした。

##### (1)医療機関への受診

多量の尿失禁、過剰な水分摂取が何かしらの病的な要因であるのか否かを明確にすることでアプローチの仕方も変わってくると考えた。病的な要因である場合は、医師の指示のもと服薬によって軽減する可能性がある。



## (2)水分摂取と排泄の関連性の調査

1日の水分摂取量について水分チェック表にて把握することは可能だが、水分摂取と排泄の関連を調べることは行えていない。どの時間に水分を摂取し、排泄に現れるのか知ることができれば尿失禁の減少に繋がる手がかりが得られると考えた。そのため、日中の水分摂取と排泄の関連を調べるチェック表を新たに作成し記入するようにした。

## (3)居室に引き上げた衣類を戻す

全ての物を元に戻すと以前のような行動が繰り返されると考えられるため、数を限定して元に戻すことにした。また、尿失禁の不安からパット類を取り込む傾向もあったため、衣類とパット類、紙パンツをプラスチックの3段ボックスに入れて居室に設置した。

# 6. 結果

## (1)医療機関への受診の結果

過剰な水分摂取の要因を探るために内科・精神科を受診した。1日に多い時には3ℓほどの水分を摂取している状況にあり水中毒などが考えられたが、内科での血液検査では血中のナトリウム値の低下もなく特に異常は見られないとのことだった。

## (2)水分摂取と排泄の関連性の調査結果

新しく作成したチェック表を用いて10日間のデータ収集を図った。水分摂取、排泄共に確実な情報を得る事は難しかったが、水分摂取に関しては、起床時、毎食事時前後、デイサービス時に集中して摂っていたことがわかった。多い時には食事時だけで500cc近く摂っていた。反対に、その時間帯以外ではあまり水分を欲することが少なかった。常日頃から過剰な水分摂取の印象を受けていたが、改めてそれらは限られた時間帯に集中していたことがわかった。また、排泄に関しては、スタッフの誘導か自分からトイレに行くかを問わず、トイレに来た際には既に尿失禁していることがほとんどであった。排泄に行くタイミングは食事前後が多く、水分摂取のタイミングとほぼ同時期の関係にあった。

## (3)居室に引き上げた衣類を戻すことの効果

3段ボックスに衣類2セット、タオル2枚、尿パットを10枚入れて居室に置いてみることから始めた。E氏は自由に3段ボックスを移動させては、中の物を取りだしたり、衣類を重ねて着てみるなどの行動が見られた。ボックスの中身が空っぽになることもしばしば見られるようになった。そこで次に、3段の引き出しに「衣類」「タオル」「パット」と目印を記載するようにし、携わるスタッフが1日に1度だけでもE氏と一緒に整理するように取り組むことにした。そうすることにより、少しずつ3段ボックスにも衣類やパットが残されるようになっていった。トイレトペーパーなどの紙類の取り込みは見られるものの、居室のベッド周りに隠されていることは無く、ボックスの中に入れるようになった。



## 7. 考察

E氏が物を取り込む行動の動機には尿失禁の影響が強いのではないかと推測し、尿失禁と物を取り込むこと両方の視点から取り組みを行った。尿失禁については、入所前から見られていた過剰な水分摂取について調べたが、血液検査上異常は見られなかった。しかし、水分摂取という「入れる」行為に異常はなくても排泄という「出す」行為に異常があるかは本取り組みではわかっていない。水分摂取と排泄のトータルで考えることがE氏の身体状況の把握に欠かせないと考えられるため、次の対応として泌尿器科など専門科の受診を検討する必要があると考えられる。また、E氏が物を取り込む背景として、居室という空間から衣類や紙類を撤去しE氏を取り巻く環境を極端に変化させてしまっていたことが、不安感を募らせ、物を取る行動を加速させたのではないかと考えられる。そのため、居室に衣類などを戻し、日常生活に環境を近づけることでその不安が取り除かれ、行動に変化が見られるようになったと考えられる。

## 8. まとめ

E氏が施設の中でどのような不安を抱えながら生活しているのか、E氏の視点から考えることが今回の事例検討では重要であった。「E氏は服を管理できないから場所を変えよう」「トイレの紙を持って行くから引き下げよう」など、援助者側の安易な判断からそのような環境を作り、さらなる不安を与えた結果が物を取り込む行動を駆り立てるきっかけになったのではないだろうか。E氏が物を取り込むことに対して躍起になっていたのは私たち援助者であり、そのようなE氏を作り上げたのも私たち援助者であった。このような過ちを繰り返さないためにも、今回のような事例検討が重要であり、ケアの焦点を定め方向性を明確にしていくことが認知症ケアでは重要だと再認識することができた。



## 《事例6》

お金や家族に対する心配・不安から、不穏・不眠状態に陥ってしまう利用者へのアプローチ

### **キーワード：高齢者介護、パーソナルケア、徘徊、不眠**

#### 概要

本事例では徘徊や不眠、攻撃的言動を呈する認知症高齢者のF氏に対するパーソナルケアプランに基づくアプローチを行った。F氏のこれまでの様子から、徘徊や攻撃的言動の背景には、夜間の不眠や不安等の心理状態から起こる内閉性、自身の思考と職員の言動の不一致といった要因が推測された。内閉性に対して繰り返し技法による共感的対応の徹底を行ったところ、徘徊回数は減少した。F氏の内閉性に寄りそうことができたことにより、行動の変化が起こったと考えられた。

#### 1. 問題

本事例の対象者であるF氏は入所時よりお金の心配や職員に対する攻撃的言動が聞かれたが、それは一時的なものであり不眠に陥るようなことはなかった。しかし、入所4年後より夜間の不穏頻度が増加し、不眠の日も現れるようになった。不穏時、職員が対応するも職員の説明は受け入れず、長時間にわたり出口や子供を捜し歩く様子が見られるようになった。このようなF氏の不穏状態は、金銭・家族への心配・不安から生じていると推測されたが、何が契機となり不安を抱くのか把握できていなかった。そこで、F氏が少しでも不安を解消し、終の住処として安心でき、日々の生活の中に楽しみを見出せるような環境を提供するために、不安を抱く原因・契機について検討を行った。そして、F氏が何を考え、何を求めているのかを理解し、不安の軽減を図ることができるような対応を確立することを目標とした。

#### 2. 事例の概要(入所年をX年とした)

対象者：F氏 84歳女性、X年5月特別養護老人ホーム入所。

要介護度：2

既往歴：X-11年 白内障手術、X-8年 アルツハイマー型認知症、X-4年 左膝関節付近骨折(完治)。

処方、通院の有無：なし

心理検査結果：長谷川式認知症スケール X+4年時5点、X+5年時4点

家族構成・家族関係：結婚後、3男1女をもうける。長男はすでに他界しており、三男夫



婦と同居していたが関係が悪化し不仲となっている。入居費用の支払いに施設事務所までは訪れるが、F氏には面会することなく帰宅する。次男は、以前は年に1度程度の頻度で面会に来ていたが、ここ2年は面会がない。F氏は、次男に対する認識はあり、面会時には笑顔で会話していた。長女は施設の近くに在住しているが、面会に来たことはない。F氏は「息子が来ているはずんだけど・・・」と繰り返すが、どの息子を指しているかは不明である。

**他の人間関係：**友人・知人等の面会はない。F氏と食事の際の同テーブルの利用者5名とは一緒に職員の手伝いや催しに参加している。特に、同室者のN氏とは仲が良く、行動を共にする頻度が多く、就寝時にもN氏と共に居室へ戻ることが多い。しかし、N氏の心身機能の低下に伴って、X+4年12月頃よりF氏がN氏を連れ添って夜間に徘徊をすることが顕著に多くなった。また、同テーブルの帰宅願望の強いM氏との会話の最中の「帰宅」に関する言葉に囚われてしまうこともある。

**職員との関係：**基本的に全職員が対応しているが、職員の性別による反応の違いは見られない。また、担当職員は他の職員に比べてF氏と接している時間が長い。F氏の認識は他の職員と違いはない。

**趣味など：**他の利用者と共におしぼりたたみの手伝いに参加している。このときには不穏になることはなく、ただおしぼりを居室に持ち帰るような行動も見られない。

**生育歴：**千葉県にて出生、実家は農家、結婚後県内で転居。66歳時、夫と死別し市営住宅に転居し独居となる。71歳時、アルツハイマー型認知症の診断を受ける。76歳時、三男と同居を始める。

### 3. 事例の経過

夫との死別後、独居生活であったが認知症状の進行に伴い、独居生活が困難となりX-3年8月より三男夫婦と同居した。同居後、攻撃的言動がもとで家族との関係は悪化し、両者の身体・精神的負担と環境を考慮し、X-1年に当ホームショートステイを利用し始め、X年5月に当ホーム入所となる。

ショートステイ利用時に、行動を共にすることの多かったK氏の帰宅願望や暴力・暴言などに影響されて不穏になることはあったが、そうでない時は穏やかに過ごしていた。入所後、不穏時にお金の心配・職員に対する攻撃的言動が聞かれたが、ショートステイ利用時から行動を共にすることの多かったK氏が入院したX+1年12月以降は落ち着いていた。次に同室になったN氏は精神的に安定していたため、F氏もしばらくは安定していた。しかし、N氏の心身機能が低下し始めて以降は、それにつられるように家族や金銭に関する訴えが聞かれるようになり、お互いを刺激しあっているようなところが認められた。X+4年12月頃より夜間の不穏頻度が増加し、不眠も見られるようになった。不穏時には職員が対応するが、職員の説明は受け入れず、長時間に渡り出口や子供を捜し歩く様子が見ら



れた。

現在では、日中は食事席で静かにしているが、夜間はほぼ毎日徘徊をする。不穏な様子で家族や金銭についての心配や帰宅願望を口にしながら、朝まで徘徊をすることも週に1度程度見られる。歯磨き時に自分の歯ブラシが見つからないと「誰かに盗られた」と職員に訴えることがある。自分の居室がわからなくなり、連れて行ってもすぐに出てきて同じ訴えを繰り返す。不穏時には攻撃的口調で、暴力行為も見られた。

#### 4. 事例の分析

本事例の問題点とそれに関わる要因を検討し、ケアプランを作成するためにカンファレンスを開催した。参加者は事例発表者、理事長、施設長、介護士3名、スーパーバイザーの合計7名であった。

現在、観察されているF氏の問題は、徘徊、不眠、拒否、暴言・暴力、興奮、居室がわからなくなる、洗身時の2度洗い、収集癖であった。これらの背景には認知症による心理的不安定が存在すると考えられた。F氏のこうした行動上の問題によって、他利用者は影響を受け、また、職員はF氏の身体的負担や転倒のリスクに常に配慮するようになっている。Figure 1 に示した変数の明確化に沿って、本事例に関わる要因の関係性をまとめた。観察された問題点の中でも、特に徘徊と不眠が問題であったため、まずはこれら2つの行動に焦点を当てて検討することとなった。

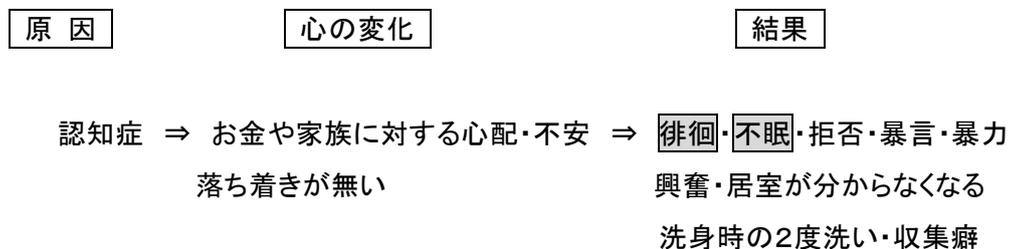


Figure 1 F氏の事例に関する変数の明確化

##### (1)徘徊

神経症状としての多動とは異なる、何らかの理由のある徘徊の背景には、不安等の心理学的な変化が存在していることが多い。その苦しみへの対処法として徘徊が生じると考えられるが、徘徊中の本人の思考はその苦しみに向かい、その思考に囚われてしまっている。この状態はいわゆる内閉で、外界の合理的現実世界を認めようとしなない心理的態度である。このような状態の時に、外界からの働きかけが自己の思考と反する場合には、不穏状態に陥ることがあり、攻撃的行動が認められることが多い。認知症者における同様の心理機制は、物盗られ妄想など被害妄想における内的思考と外界の不一致においても認められる。



Table 1 問題状況に関する対象者の言動・状態と職員の対応および他利用者の反応

年月日	対象者の言動・状態	周囲の反応・対応
X+4年10月3日 (84歳)	<p><b>19:00</b> 夕食後より、落ち着かない様子で廊下を徘徊している。</p> <p>F氏「部屋が分からないんですけど...。」</p> <p>F氏「有難うございます。でも、泊まるお金を持っていないんですよ...。」</p> <p>F氏「それじゃ、休ませて頂きます。」</p> <p>しかし、5分程すると起き出してきてしまい、同様の訴えが聞かれる。 23時頃まで状態は改善せず、徘徊している。</p>	<p>職員「どうかされましたか？」</p> <p>職員「Fさんのお部屋はこちらですよ。私についてきて下さい。」</p> <p>職員「泊まるお金は既に頂いていますよ。ですから、安心してお休み下さい。」</p> <p>職員「お休みなさい。」</p>
12月25日	<p><b>19:00</b> 夕食後より、落ち着かない様子で徘徊している。</p> <p>F氏「息子がいるんだけど、知りませんか？」</p> <p>F氏「そんな馬鹿な話があるか！ふざけた事を言ってんじゃないわよ！」</p> <p>その後も状態は改善せず、朝まで徘徊を続け、一睡もしていない。</p>	<p>職員「どうされました？」</p> <p>職員「息子さんは、もうお休みになられていますよ。Fさんも休まれてはいかがですか？」</p> <p>興奮状態に陥った為、少し距離を取る。</p>
X+5年1月2日	<p><b>19:00</b> 夕食後、不穏な様子で職員に話し掛けている。</p> <p>F氏「6階へ行くにはどうしたら良いですか？」</p> <p>F氏「私は6階へ行きたいんだよ！！」</p> <p>F氏「何言ってんだい！！話にならないよ！！」</p> <p>その後も不穏状態は改善せず、朝まで徘徊を続け、一睡もしていない。</p>	<p>職員「この建物は2階建てですから、2階のことですか？」</p> <p>職員「どこの6階ですか？」</p>
2月13日	<p><b>17:00</b> 夕食前、廊下突き当たりのカーテンの中に入り込み、カーテンを身体に巻き付けている。</p> <p>F氏「私はお金を持っていないんですよ・・・。」</p> <p>F氏「夕食はいらないんですよ・・・。」</p> <p>その後もカーテンで身体を隠すようにしている。 19時頃に遅れて夕食を採る。</p>	<p>職員「どうしました？もうすぐ夕食ですよ。食堂の方へ行きませんか？」</p> <p>職員「夕食のお金は頂いていますよ。」</p>

Table 1 の F 氏の言動を引用してみよう。

X+5年1月2日 19:00

夕食後、不穏な様子で職員に話し掛けている。

F氏「6階へ行くにはどうしたら良いですか？」

職員「この建物は2階建てですから、2階のことですか？」

F氏「私は6階へ行きたいんだよ！」

職員「どこの6階ですか？」

F氏「何言ってんだい！話にならないよ！」

その後も不穏状態は改善せず、朝まで徘徊を続け、一睡もしていない。

この例の様に、職員の返答がF氏の思考と噛み合っていないため、F氏が興奮状態に陥ってしまっている。そこで、カンファレンスでは、F氏の思考内容を職員が会話の進行の



中ですぐに推察することは困難であること、あるいは誤った判断であれば、F氏は興奮状態に陥ってしまう危険性があることから、F氏の心の内を軽率に判断せず、カウンセリングにおける繰り返し技法を用いて共感的態度を示すことが提案された。そして、その際に同時に、徘徊がどのような条件下で発生しているのかを考察することによって、F氏の思考内容に応じた職員の対応を図っていくことが可能になると考えられた。

#### (2)不眠

F氏は徘徊を始めると朝まで続くことがある。夜間の不眠が徘徊を引き起こす一因となっている可能性が考えられるため、就寝時の環境を検討することが課題として挙げられた。

夕食後、F氏は同テーブルの他の利用者が居室に戻った後も居残っていることが多い。そして、周囲に人がいなくなった後に、自分の思考に囚われ、内閉状態に陥ることが予想された。そこで、夕食後の就寝前に職員が関わる時間を設け、自己の思考に囚われないような方法を図ることとした。

### 5. パーソナルケアプランの策定

カンファレンスによる事例の分析を踏まえてF氏のパーソナルケアプランを策定した。パーソナルケアプランは、通常は介護以外の看護、栄養、リハビリテーション、その他の項目記入欄もあるが、本事例では介護のみに焦点を当てて対応することとなったため、他は省略した。

パーソナルケアプランでは、「徘徊や不眠という行動の減少によりF氏・他利用者の身体・精神的負担の軽減へとつなげる」ことを目標とした。そのために、1. 就寝前に不安に陥る頻度が多いことはF氏の内閉性に原因があるという仮説に基づいたサービス提供を行うこと、2. “F氏の訴えに対し共感する”という形で介入していくことに重点を置き、それに対しての行動変化を検証すること、3. 職員間で連携を取り、日中・夜間を通しての詳細な記録を作成すること、の3点をチームケアの方針として設定した。各方針の具体的内容は次の通りである。

#### (1)内閉性に対する対応

夕食後の職員配置上(職員2名)、F氏に付き添い話をする場を設けることは難しいため、夕食後のお手伝い(おしぼり洗い・たたみ)に参加してもらい、外的刺激を与える機会を設けることにした。

#### (2)F氏の訴えに対する共感的対応

F氏が「息子を探しているんですけど…？」と尋ねてきた際は「息子さんを探しているんですね」といった共感的対応を実施し、記録的介入を行うこととした。また、その際に対応時の環境(場所や誰といたか等)を詳細に記入するようにした。

#### (3)日中・夜間の生活状況の把握

日中・夜間の記録用紙を作成し、職員間で連携を取り、F氏の状態や他者とのやり取り



の内容を記入するようにした。特に、徘徊前後の様子や日中・夜間の徘徊の違い等、気づいた点は詳細に記録するようにした。また、徘徊頻度の多い夜間帯は、1時間おきに居室窓よりF氏の状態を観察することとした。

## 6. 結果

### (1) 内閉性に対する対応の効果

夕食後にF氏が内閉的にならないように、職員が関わりを持つ時間を設け、外的刺激を与えることにした。そのために、夕食後、歯磨きを終えた後におしぼり・エプロン洗いとおしぼりたたみに参加してもらった。手伝いを依頼した際に拒否はなく、10分程度集中して取り組んだ。作業時・作業後に職員が声を掛けると、笑顔で受け応えをした。手伝い参加後は、食事席へと戻り、テーブルにいる他の利用者たちと話をしたり、テレビを眺めたりと穏やかに過ごした。

モニタリング期間中、歯磨き時に1度だけ興奮状態に陥り、手伝いには参加せずに徘徊を始めてしまうということがあった。以前より、F氏は自分の名前が書かれている歯ブラシに執着があり、歯ブラシを持ち帰ろうとする行為が頻回に認められた(5回/週)。その際の職員とのやりとりの最中に不穏状態に陥る傾向にあったが、そのような行動はこの1度きりで、お手伝いを設けることにより、歯ブラシではない別のものへと意識を向けることができたのではないかとと思われる。

### (2) F氏の訴えに対する共感的対応に対する効果

F氏より不穏の訴えが聞かれた際には、F氏の最初の発言に対して、発言の繰り返しを行った。共感的対応(繰り返し技法)を行うことにより、F氏の内的思考が求める対応との食い違いが生じないように努めた。

その結果、F氏の不穏時の状況に変化が表れたように思われる。以前は、T氏の不安の訴えに対し「もうこんな時間ですよ。お部屋に案内しますね。」という“F氏の次に続く訴えを予測しての対応”や「何が不安なのですか？」という“問い返してしまう対応”を行っていた。対応後、居室誘導に応じてそのまま入眠することもあったが、誘導直後に同一の訴えが繰り返し聞かれることや興奮状態に陥る状態が大半を占めていた。

共感的対応実施後は、上記のような言動や行動が減少したように思われる(Table2)。F氏から発せられる訴えはさまざまであるが、改善が困難であると思われるような状況(5月4日22:00)においても、共感的対応によってF氏の心情に寄り添い、訴えの意向を確認してF氏の抱えている不安感の除去を図ることにより、不穏状態の継続を回避することができた。F氏の状態によっては、最初の繰り返し対応の時点でF氏を興奮状態・不穏状態を継続させてしまうこともあった。このような事態は、モニタリング期間中にも確認されている(5月1日20:00)。F氏の状態も流動的であり、その場に適した対応は不確実なものではあるとはいえ、1週間のモニタリング期間を通して考察すると、5



月3日以降（モニタリング5日目）は、共感的対応がF氏の精神に効果的に作用しているように思われる。

Tabel 2 パーソナルケアの実施（モニタリング期間 4月29日～5月5日）

年月日	対象者の言動・状態	周囲の反応・対応
4月29日	<p><b>(夜間)</b> <b>19:30</b> 他入居者の方々は、居室へ戻っている。F氏はN氏と行動を共にして居室へ向かおうとしていたが、不安気な様子でオムツ交換中の職員に話し掛けている。 F氏「ここに泊まらせてもらいたんですけど…。でも、お金を持っていないんですよ…。」 F氏「そうなのよ…。」</p> <p>F氏は、職員が聞き取れない程の小さな声で、何かをつぶやきながら居室へと戻った。</p> <p><b>19:50</b> F氏が居室より出てきて、職員待機所に来る。 F氏「今日は泊めてもらおうと思って…。」</p> <p>居室に到着すると、F氏はポケットの中に手を入れて何かを探している。ポケットの中には、多量のトイレットペーパーの切れ端が入っている。 F氏「お金があると思うんだけど…。盗られたりはしていないと思うんだけど…。」 F氏「でも…。」 F氏「そう…。悪いわね。」 布団に横になるも、掛け布団をいじっている。</p> <p><b>20:00</b> 廊下に出てきているのを発見する。 F氏「お金が無いんですけど…。」 F氏「そうです…。」 F氏「宜しくお願いします。」 居室に戻り、朝まで入眠する。</p>	<p>職員「お金が無いんですね？」 職員「FさんやNさんのお金は頂いてますから、気にしないで大丈夫ですよ。ゆっくり休んで下さいね。」 職員「お部屋は用意してありますよ。今から案内しますね。」 居室誘導を行っている。布団を見ると、掛け布団が四つ折にしてある状態であった。 職員「お金は大丈夫ですよ。」 職員「お金のことは、また明日お話ししましょう。」 職員「お金が無いんですね？心配ですよ。」 職員「お金のことは、あとで確認しておきますね。」</p>
5月1日	<p><b>(夜間)</b> <b>20:00</b> 他入居者が居室に戻った後に、N氏と共に職員待機所まできている。N氏は不安な表情を浮かべている。 F氏「すみません…。お金を持っていないんですけど…。」 F氏「馬鹿にするんじゃないよ！！人を馬鹿にして！！」 急に興奮状態に陥り、声を荒げている。 その後も不穏な様子で、N氏と共に居室前を徘徊している。 1時頃に居室に戻り、入眠する。</p>	<p>職員「お金を持っていないんですね？」 F氏に近づき、目線の高さを合せている。 N氏は困惑した表情を浮かべ、F氏の後について行く。</p>



年月日	対象者の言動・状態	周囲の反応・対応
<p>5月3日</p>	<p>(日中) 8:30 食事席にてうつむきながら座っている際に、トイレ誘導の声掛けを行う。</p> <p>F氏は首を横に振りながら「イヤ…」と、言いかけている。</p> <p>F氏「おはようございます。ご丁寧にありがとうございます。こちらこそ宜しくお願いします。」 職員に対して頭を下げた後に、自発的に席を立ち上がり、職員と共にトイレまで足を運ぶ。 パンツ確認を行うと、尿失禁をしている。</p> <p>F氏「なんだか悪いわね…。いつも何から何まで貴方にお世話になって…。いつも有難うございます。」 職員に対して、再度頭を下げる。</p> <p>(夜間) 19:15 お手伝い参加後、食事席にてテレビを見ていたが、他入居者の方が居室に戻られるのを見て、N氏と共に自室に戻ろうとする。</p> <p>F氏「この方と一緒に寝ようと思って…。でも、いつも寝ている部屋が分からなくなってしまって…。」</p> <p>F氏「先生(職員)は、そんなこと無いでしょ？」</p> <p>F氏は、笑顔で職員の話の聞いている。</p> <p>F氏「いつも優しくして下さい、有難うございます。」 笑顔で頭を下げている。</p> <p>居室へ到着すると、お金を心配する訴えが聞かれる。</p> <p>F氏「有難うございます。でも、お金を持っていないんですよ…。」</p> <p>F氏「そうだったんですか…。有難うございます。」</p> <p>F氏「本当にいつも先生(職員)に助けられているばかりで…。有難うございます。」</p> <p>F氏「お休みなさい」 トイレに起き出す以外は、朝まで入眠する。</p>	<p>職員「すみません。すぐに終わりますので、下着の確認だけさせて頂いても宜しいですか？」</p> <p>F氏が言い掛けた際に、遮るように職員が言葉を続ける。 職員「そういえば、Fさんとは朝の挨拶がまだでしたね。少し遅れてしまいましたが、おはようございます。今日も一日、宜しくお願いしますね。」 F氏に対して、頭を下げる。</p> <p>職員「朝なので、新しい下着に履き替えましょうか？」 新しい紙パンツを手渡す。</p> <p>職員「もうお休みになられますか？」</p> <p>職員「これだけ広い所ですと、部屋を覚えるのも大変ですよ。僕だって、皆さんのお部屋を覚えきれていませんよ。」</p> <p>職員「本当ですよ！！いつも皆さんの部屋の入り口に付いている名前札を見てますよ。」</p> <p>職員「え～と、Fさんのお部屋はこちらです。ご案内するので、僕についてきて下さい。」</p> <p>職員「こちらがFさんのお布団になります。ゆっくり休んで下さいね。」</p> <p>職員「お金を持っていないんですか？僕と一緒に寝ますよ！お金を持っていないと、不安になりますよ。でも、大丈夫ですよ！！Fさんを含め、ここにいる皆さんは、一番最初にお金を支払われていますから。宿代とかは心配しなくて大丈夫ですよ。」</p> <p>職員「安心して下さい。何か分からない事がありましたら、いつでも聞いて下さいね。」</p> <p>職員「僕も、いつもFさんには助けられていますよ。有難うございます。ゆっくり休んで下さいね。」</p>

G4



第1章 ケアカンファレンスに基づく事例検討

年月日	対象者の言動・状態	周囲の反応・対応
5月4日	<p><b>(日中)</b>  <b>8:00</b>                      起床時より機嫌が良く、お手伝い(おしぼり洗い)終了後に自発的な催促が聞かれる。                      F氏「何か他にやることはないですか？」</p> <p>F氏「これをやれば良いんですね？」</p> <p>お手伝い終了後、職員が礼を述べると、笑顔で頭を下げる。</p> <p><b>(夜間)</b>  <b>18:15</b>                      お手伝い後、ホールにて過ごしていたF氏のもとに職員が行き、テーブルにいた6名の入居者と話をする。</p> <p>F氏「いえ…。私には、そのぐらいしかできることがないから。」</p> <p>F氏「そんなことはないですよ。」                      笑顔で話をしている。</p> <p>F氏は、静かにN氏の話の聞いている。</p> <p>F氏も会話に参加している。</p> <p>19時頃になると、F氏があくびをしている。</p> <p>F氏「私は大丈夫ですよ。眠くなったら、自分で部屋へ行きますから。」</p> <p>F氏「分かりました。色々有難うございます。」                      19:30頃、自室へ戻り入眠する。</p>	<p>職員「それじゃあ、私がやっていますエプロンすぎを手伝ってもらってもいいですか？」</p> <p>職員「お願いします。」</p> <p>職員「先程は、手伝って頂いて有難うございます。」</p> <p>職員「そんなことはないですよ！！それにしても、Fさんは本当に手先が器用ですね。」</p> <p>会話にN氏が参加している。                      N氏「妹はどこにいったか知りませんか？妹がいなくてお金が無いのよね…。」</p> <p>職員「妹さんですか？お金が無いのは不安ですよ。」</p> <p>N氏「お金が無いと、ここの支払いができないから…。」</p> <p>職員「Nさんも含め、ここにいる皆さんのお金が一番最初に頂いていますよ。」</p> <p>N氏「そう？それを聞いて安心したわ。」</p> <p>職員「ところで、ちょっとテレビを見て下さいよ。美味しそうなお刺身が映っていますよ！！」</p> <p>N氏「あら？本当ね。美味しそうなお刺身ね！！」</p> <p>職員「どうですか、Fさん？」</p> <p>職員「Fさんも少し眠そうな感じですから、今日は休まれてはいいかがですか？」</p> <p>職員「そうですか。それじゃあ、僕はお先に失礼させていただきますね。皆さんもゆっくり休んで下さい。」</p>



## (3) 日中・夜間の生活状況の把握に対する効果

施設全職員に今回のモニタリング実施の旨を説明し、日中・夜間を通して、F氏の言動の観察・記録を行った。

生活状況の把握には日中と夜間の徘徊の違いを考察する意図が含まれていたが、モニタリング期間中に日中の徘徊は確認されなかった。

日中は、トイレ誘導時に1度だけ拒否があった。食事席にて居眠りをしていることも2回見られたが、モニタリング期間中は概ね穏やかに過ごされていた。

夜間の状況把握に関しては、居室にてどのように過ごしているのかを調べるために、1時間おきに巡回を行い、居室から始まる徘徊の契機の把握に努めた。期間中、居室に戻った後に不安な様子で職員待機所まで足を運ぶことがあったが、そのことが直接的に徘徊につながるようなことはなかった。職員待機所に来る前は入眠することができず、布団をいじるなどしていた。

## (4) 徘徊頻度の分析

パーソナルケアプラン策定前後の変化過程を把握するために、徘徊パターンを4種類に分類し、前後それぞれ1週間および、モニタリング終了から約2ヶ月後の徘徊パターンを調べ、介入前後の各徘徊パターンの生じた回数を記録し、Table 3に示した。

徘徊パターンは次の4種類に分類した。

- A. 30分以内の徘徊
- B. 2時間以内の徘徊
- C. 2時間以上の徘徊
- D. 不眠

また、調査期間は次の3時点である。

- ①X+5年1月1日～1月7日（パーソナルケアプラン立案前）
- ②X+5年4月29日～5月5日（パーソナルケアプラン立案 モニタリング実施期間）
- ③X+5年7月1日～7月7日（約2ヶ月後）

Table 3に見られるように、モニタリング期間中（パーソナルケアプラン実施中）の徘徊は、2時間以上の徘徊回数こそ2回とケアプラン立案前と変わらなかったが、他はいずれも減少している。この期間の平均睡眠時間は約6.5時間で、ケアプラン実行以前はほぼ毎日の夜間徘徊および週に1日程度の不眠状態からは改善した。モニタリング実施期間の約2ヶ月後の観察期間中はさらに徘徊は減少し、2時間以上の徘徊は見られなくなった。



Table 3 パーソナルケア実施前後のパターン別の徘徊回数の変化

	期間①	期間②	期間③
徘徊パターンA	13回	8回	3回
徘徊パターンB	5回	2回	1回
徘徊パターンC	2回	2回	0回
徘徊パターンD	1回	0回	0回

注：1) 徘徊パターンは次の4種類に分類して記録した。

A. 30分以内の徘徊、B. 2時間以内の徘徊、C. 2時間以上の徘徊、D. 不眠

2) 調査期間は次の3時点である。

①X+5年1月1日～1月7日（パーソナルケアプラン立案前）

②X+5年4月29日～5月5日（パーソナルケアプラン立案 モニタリング実施期間）

③X+5年7月1日～7月7日（約2ヶ月後）

## 7. 考察

本事例ではお金や家族に対する心配・不安から、不穏・不眠状態に陥ってしまうF氏に対するアプローチについて検討した。F氏の徘徊の背景には、不安等の苦しみによる内閉的態度が関連していると推測された。そして、このような状態で苦しんでいるにも関わらず、自身の思考と反する職員の言動の不一致により興奮が発生していると推測された。そこで、認知症であるF氏の内閉性に対して繰り返し技法による共感的対応を実施し、生活状況の把握を行った。認知症に伴う諸症状や流動的に揺れ動く精神状態に対して、上記の方法を用いることで、それらの背景にある不安に寄り添うことができ、徘徊回数の減少に明確に表れているようにF氏の状態の変化につながったと考えられる。

## 8. まとめ

今回のF氏に対するチームケアを取り組む中で、職員は皆F氏の行動変化を感じとることができた。ケアカンファレンスを実施したことで、ケアチームに対しても良い影響を及ぼしたとの感想を得ている。共感的対応を徹底することにより「相手の立場になって考える」ということを各介護士が再認識できる機会となった。また、F氏に対して意識を向けていくことによって、観察力を養う機会になったと思われる。



## 第2章

# 事例から考える対応法 (事例7~12)

## 《事例7》

なぜ何もしなくなるのか？  
～意欲・感性の低下が見られる事例への対応法～**軽度認知症****1. 問題**

アルツハイマー型認知症においては、初期の段階から**意欲の低下**が見られることが多い。意欲の低下に伴う活動性の低下は、生活リズムの乱れや廃用症候群による ADL や QOL の低下を引き起こすため、早期の段階からのケアが重要となる。本事例では、意欲・感性の低下が見られる軽度アルツハイマー型認知症者の事例の分析を通して、その対応法について検討することを目的とした。

**2. 事例の概要**

**対象者：**G 氏 73 歳 男性。

**家族構成：**妻（70 歳）と次女（38 歳、会社員）の 3 人暮らし。長女（42 歳）は結婚して別の町に住んでいる。

**生活歴：**長年勤めていた銀行を定年退職し、その後知人の会社で経理の仕事をしていたが、65 歳の時に退職した。現在は年金で生活している。退職後は町内会の役員や、高齢者大学への通学、趣味の囲碁を楽しむなど、活動的な生活を送っていた。

**3. 事例の経過**

X 年梅雨頃から、町内会の会合を欠席したり、碁会所に行かなくなり、家で何もせずに過ごすことが増えてきた。妻は G 氏の変化に気づいていたが、「雨のせいだろう」「蒸し暑いからだろう」と考え、特に気にすることはなかった。しかし、時間が経つにつれ、むしろいつも読んでいた新聞を読まなくなるなど、何もせず過ごす頻度は増えていった。妻は G 氏の様子の変化について心配し、本人に外出を勧めたりするも、出かける様子は見られなかった。次女も G 氏の変化には気づいていたものの、歳のせいだと考えていた。

**4. 事例の分析**

G 氏の日常生活の様子の変化からは、認知症に伴う意欲の低下による影響が考えられ、その原因の一つとして、**作動記憶の低下**が推測された。作動記憶は脳の**前頭葉**が司る機能であり、



感覚器官から受け取った外界の情報を記憶と照合したり、その情報をふるい分けたり、知的作業をする際に必要な情報を一時的に記憶しておいたりするなど、情報処理全般に関わっている。特に、作動記憶の担う新たな情報と記憶との**照合機能**は、それにより興味や関心、好奇心、感動、驚きなどの感性が引き起こされる。G氏は作動記憶の機能低下により、町内会の会合で意見をまとめたり、囲碁で手順を考える、読んだ新聞の記事を読み留めておくことなどが難しくなり、同時に町内会への参加や趣味の囲碁に対して楽しさを感じにくくなってしまったと考えられる。活動に対する楽しみを感じられず、さらには負担感を感じないようにするために外出することや新聞を読むことを避けた結果、意欲の低下として問題が表面化したのである。一方でG氏の生活歴からは、対人交流の活発さや、その中における役割が自分自身の支えとなっていたことが推定できる。作動記憶の低下により対人交流に楽しみを感じられず、機会が減少したことは、G氏の生きがいの喪失にもつながってしまったのであろう。

## 5. 対応について

G氏は自宅でも何もしず過ごす時間が長くなっており、現在の生活がこのまま継続することによるADLやQOLの低下が危惧される。作動記憶の低下が見られるG氏にとって、これまで行っていた町内会の会合や高齢者大学への通学、囲碁などは楽しみよりもむしろ負担の大きい活動になっていることが推測された。このような活動を勧めても、本人にとっては苦痛が大きいために参加までにはつながらない。したがって、作動記憶をあまり使わなくてもできることを、新たに勧めることが重要であろう。

作動記憶をあまり使わずにできる活動の例として、ウォーキング、散歩、植物栽培などが挙げられる。また、富士山のように非常にシンプルで圧倒的なものであれば、作動記憶が衰えていても感動することが可能である。したがって、山や海のようなシンプルで美しい風景を見たり、シンプルなメロディの美しい音楽を聴いたりすることが、G氏の活動性を刺激するには有効であると思われる。

## 6. まとめ

これまで行っていたことをまたできるようにするのではなく、認知症の進行段階に合わせて、今の状態ならばどんなことを楽しいと感じるのかを考え、理解していくことが重要であると考えられる。また、アルツハイマー型認知症の初期に見られる意欲低下は、うつ病と間違われることが多いため注意する必要がある。



## 《事例8》

### なぜ疑うのか？

～妻に対する物盗られ妄想、被害妄想が見られる事例への対応法～

## 軽度認知症

### 1. 問題

認知症のBPSDとして見られる各種の妄想は、ケアにおいて大きな負担を伴う。本事例では、妻に対する物盗られ妄想、被害妄想が見られる事例の分析から、その対応法について検討する。

### 2. 事例の概要

対象者：H氏 80歳 男性。

家族構成：妻（75歳）と二人暮らしで住宅街の一軒家に住んでいる。息子が2人いるが、遠方在住であり、帰ってくるのは盆と正月、ゴールデンウィーク程度。

既往歴：数年前に脳梗塞発症、左足軽度麻痺

### 3. 事例の経過

半年程前から、あれはどこだ、これはどこだと、始終探し物をする様子が見られるようになってきた。妻は「また探し物？」「さっきも探していたじゃないの！」などと言ってしまうが、H氏自身に自覚はなく、「何言ってるんだ」「早く探せ！」と命令口調で言い返してきていた。

3ヶ月程前から、妻に向かって「俺の金を盗んだだろう」「財布に入れておいた金がない、返せ」「貯金通帳をどこへやったんだ」などと言うようになってきた。妻が反論すると、興奮してさらに言い募ってくる。隣近所に対する恥ずかしさもあり、妻はあまり反論しないようにしていたが、そのせいかH氏の妻への疑いはさらに強くなってきていた。さらには、雨漏りがした際に修理を依頼した工務店の男性を妻の浮気相手と思い込み、「浮気しているんだろう。正直に言え！」と毎日のように妻を責めるようになった。「何を言ってるのよ、情けない」と妻が反論すると、つかみかからんばかりの勢いで迫ってくるため、妻は恐怖を感じているが、息子たちに相談することも憚られている。



#### 4. 事例の分析

物盗られ妄想や嫉妬妄想は、認知症の比較的早い段階から、よく見られる症状である。深刻なことに、妄想の対象になるのはもっとも親密に関わっている人、すなわち主たる介護者である。介護者にとっては親身になってその人の世話をしているのに、「盗んだ」とか「浮気しているんだろう」と言われることは、「私のしていることは何なのだろう」「この人は何もわかっていない」と、悔しく悲しい気持ちや徒労感を感じることを思われる。本来ならばもっとも大切にしなければいけない相手に、そのようなことを言うてしまうのは、認知症による抑制欠如や、相手の心が推察できないこと、すなわちセルフ・モニタリングが働かないことなどが原因と考えられる。セルフ・モニタリングとは、日本語で言えば「内省」で、自分の姿をもう1人の自分が見ることをいう。H氏はセルフ・モニタリングが働かないために、「なくなった物を取り戻す」という自分の欲求を満足させることだけに注意が向いてしまうため、相手との関係性を考えずに「盗ったな、返せ」と言うてしまうとされる。

妄想にはリアリティ・モニタリングという認知機能がかかわっているとされる。リアリティ・モニタリングとは、その情報が事実なのか単なる想像なのかを判断する認知機能であり、これが働くためにはソース・メモリを適切に検索する必要がある。ソース・メモリとは、その情報をいつ、どこで、誰から、どのような状況で獲得したかという、情報源に関する記憶をいう。「お金がない」「盗まれた」という物盗られ妄想が出る前、H氏は始終探し物をしているにも関わらず、自分ではそれに気づいていなかった。これは、自分が財布をどこに仕舞ったかというソース・メモリが適切に検索できず、自分が探し物をしていたということも覚えていなかったために起こっていたと考えられる。加えて、H氏はリアリティ・モニタリングが上手く働かないために、そのため、「財布がない」という事実と「妻が盗った」という想像を適切に判断することができなくなり、「財布がない→妻が盗った」とう短絡的な因果関係が形成されてしまったと考えられる。また、H氏は物がなくなることに対して、一緒に探してほしいと頼む様子は見られなかった。H氏にとって一緒に探してほしいと頼むことは、自分が物を失くしたことを認めることであり、自己否定につながることである。そのため、悪いのは自分ではなく盗んだ人だと考えることで、自己肯定感を保とうとしたと考えられる。

H氏には、妻の浮気を疑う嫉妬妄想も見られた。これは、セルフ・モニタリングやリアリティ・モニタリングの障害に加えて、H氏の身体状況が影響していると考えられる。H氏は数年前に脳梗塞を発症し、その後遺症で左足に軽度の麻痺がある。杖をつけば歩けるものの、おそらくは妻の世話になることが多いと推測される。「早く探せ」という命令口調からは、自分の方が妻より立場が上でありたいと思っていることがうかがえるものの、事実はそうではなく、妻に対して負い目を感じていると思われる。こうした思いを抱えていた頃に、雨漏りという事態が発生した。本来であれば自分がやるべき屋根の修理ができず、一方で軽々と屋根に登って雨漏りを直す工務店の男性のたくましい姿に、H氏は自己の存在を脅かされてしまったと推定される。妻への負い目と、妻を盗られたくないという思いから嫉妬妄想が生じたと考えられる。



## 5. 対応について

妄想状態にあるときは興奮しているため、言い返すとよけいに興奮させてしまい、状態が悪化してしまうことが多い。したがって、妄想を否定せず、相手の訴えに耳を傾け、共感的な態度で聞くことが重要である。また、嫉妬妄想の場合は、スキンシップによって問題が改善することが知られている。日頃から、手を握る、身体をさする、抱きしめる、H氏のように足が悪ければ足をマッサージする、といったことを心がけて接触を増やすことが重要であろう。

H氏の症状は急激な悪化が特徴であり、脳梗塞の既往もあることから、アルツハイマー型認知症ではなく、脳血管性認知症の可能性も考えられる。そのため、専門医による診察も考慮に入れる必要があるかもしれない。

## 6. まとめ

物盗られ妄想や嫉妬妄想は、妄想の中身が現実的で生々しいために、「この人は、私をこんな風に見ていたのか」と思ってしまいがちである。しかし、認知症の人が介護する人をそういう人だと思っているのではなく、認知症の人の心のなかにいつもいるのが介護する人だからこそ、目の前のできごとと結びつけてしまうと考えられる。



## 《事例9》

なぜオムツを脱いでしまうのか？  
～認知症高齢者に対するオムツはずしの試み～**中等度認知症****1. 問題**

認知症において**失禁**は家族をもっとも困らせる症状の一つであり、失禁への対応としてオムツが使用されている。しかし、オムツの中で排泄をすることは本人の**尊厳**の傷つきや、濡れていることによる不快感、**尿路感染症**のリスクもあるため、できる限り着けないことが望ましい。本事例では、放尿の問題を抱える中等度認知症者の事例を通して、オムツはずしの試みの必要性について検討する。

**2. 事例の概要**

**対象者**：I氏 78歳 男性。

**家族構成**：妻（73歳）と二人暮らし。

**生活歴**：60歳で鉄道会社を定年退職し、65歳まで契約社員として駅売店で働く。その後は趣味の盆栽を楽しむ生活。

**3. 事例の経過**

5年ほど前から認知症の症状が出始め、しだいに妄想、徘徊、不眠、失禁などが激しくなり、妻1人では世話を仕切れなくなってきた。そこで、特別養護老人ホームに入所を申し込んだが入所待ちが多く、いつ入れるかわからない状況であった。グループホームにも空きがなかったため、目処が経つまで長男（50歳、会社員）の家に同居することになり、自宅から引っ越すこととなった。

引越し当初、I氏は毎朝起きると家の中を歩き回り、片端からドアを開けては長男夫婦や孫の部屋にまで入る様子が見られた。そのため、長男夫婦の部屋と孫の部屋には鍵をかけて開かないようにしたが、居室やリビング、風呂場などに場所を変えて歩き回る様子は続いた。

2ヶ月ほど経つと**徘徊**の頻度は減少したが、代わりにオムツを自分で脱ぎ、服を濡らしてしまうようになった。妻は濡れて気持ちが悪いのだろうと思い、早めにオムツ交換をしようとしたが、I氏は濡れていなくてもオムツを脱いでしまっていた。妻はI氏が自分でオムツを脱げないように上下つなぎの服を着せたが、I氏は服を引きちぎってオムツを脱ぎ、廊下やリビングで



放尿するようになった。妻は息子の家を汚してはいけないと「何やってるの!」「オムツをして頂戴!」と怒ってオムツを着せようとするが、I氏は激しく抵抗し、上手くいかない状態が続いた。加えて、I氏はティッシュペーパーや花、歯磨き、輪ゴムなどなんでも口に入れてしまい、ちょっと目を離した隙に石鹸をたべようとする様子が見られるようになった。長男の妻はフルタイムで働いているため、同居したとはいえ、昼間は1人でI氏の手を離さなくてはならない妻は、精神的にも肉体的にも余裕がなく、ちょっとしたことで泣くなど、精神状態が不安定になってきた。

#### 4. 事例の分析

引越し直後のI氏の徘徊の原因としては、慣れ親しんだ家とは違う場所に来たことによる混乱が考えられる。頭の中に新しい家の地図ができていないために、自分がどこにいるのかわからなくなってしまったと推測される。認知症では、些細な環境の変化に適應することでさえ大きな困難を伴う。通常であればすぐに認識できるようなことであるが、I氏にとっては、長男の家を認識するのに2ヶ月もの時間が必要であったのである。

I氏には徘徊が減少した頃からオムツ脱が見られるようになった。引越した直後の不安が解消されるにつれ、外界に向けていた関心が自分自身に向くようになり、オムツに対して不快を感じたと思われる。濡れていなくても脱いでしまうことから、失禁による不快感ではなく、オムツをすることそのものによる不快感だと考えられた。また、I氏はオムツを脱いでしまうだけでなく、廊下やリビングで放尿するようになった。放尿は失禁とは異なり意志をもってするものであり、**攻撃性**の1つの表現だと考えられる。I氏にとっては、オムツを着けるのが嫌なのにも係わらず、無理やりつけさせられてしまうという、他者からの「攻撃」に対する**自己防衛**の手段として放尿が見られるようになったと考えられる。

I氏の放尿は自己防衛の手段と考えられるが、この行為自体は介護者を悩ませるものである。認知症とはわかっているにもかかわらず、本人は攻撃性をむき出しにしている状態で、介護者が冷静になることは難しい。このような状態を打開するためには、「I氏の放尿によって、介護する側が困っている」と考えるのではなく、「I氏は困っているから放尿する」という発想の転換が必要である。こう考えることで、I氏が困っていることは何かをより明確にすることができると考えられる。そのためには、パーソナルケアにおける問題分析のポイントに沿って、I氏の問題について検討することが有用であると考えられる。I氏と妻それぞれの立場からの理解について検討したものをTable 1に示した。



Table 1 I氏のパーソナルケアにおける問題分析のポイント

①何が問題か	I氏	放尿
	妻	放尿
②誰が困っているのか	I氏	自分が困っている
	妻	自分が困っている
③なぜ問題が起こったのか	I氏	オムツが不快だから
	妻	わからない
④どこで問題が起こったのか	I氏	長男の家
	妻	長男の家
⑤どうしたいのか	I氏	オムツをされたくない
	妻	オムツをしてほしい
⑥本人はどんな人か	I氏	鉄道会社で定年まで働いた几帳面な人
	妻	鉄道会社で定年まで働いた几帳面な人
⑦本人は何ができる人か	I氏	オムツを脱いで放尿ができる人
	妻	わからない
⑧本人はどうなりたいか	I氏	オムツをはずしたい
	妻	わからない

こうしてみると、お互いに困っているのは自分であると思いがずれ違っていることがわかる。「何が問題か」、「どこで問題が起こったか」、「本人はどんな人か」についてはI氏、妻共に共通している。しかし、妻は「なぜ問題が起こったのか」、「本人は何ができる人か」「本人はどうなりたいか」がわかっていない。そのため、I氏の放尿に対する問題についてオムツをしてほしいと考えるのである。一方、この点についてI氏の立場から捉えてみると、「オムツが不快だから」であり、「自分はオムツを脱いで放尿ができる人」なので、「オムツをはずしたい」と思っているのである。

ここでもう一度、「何が問題か」を考えてみよう。こうした問題分析を踏まえてみると、放尿として扱われていたI氏の問題は、実はオムツを強制されることであったことがわかる。

## 5. 対応について

認知症の人の場合、一般的に、いったんオムツを使い始めたらやめることはない。なぜなら、たとえオムツをはずしても、症状が進行するにつれて再度オムツ着用になることがわかっているからである。しかし、I氏の場合、本人が嫌がっていることに加え、放尿の問題があるため、対応の目標としてはオムツはずしが最善の方法であると考えられる。

I氏のオムツはずしを実現するために、規則正しい生活リズムの構築や、排尿や排便パターン



の把握が必要である。また、ケアマネージャーやホームヘルパー、施設の介護士などと相談しながら取り組むことが重要である。

## 6. まとめ

オムツはずしを家庭で行うことは簡単なことではない。何度も試行錯誤を繰り返す必要があり、その苦勞は並大抵のことではない。しかし、対応と工夫次第では可能なこともある。本人、介護者にとってそれが最善の方法であるのなら、恐れず試してみることも大切であろう。



## 《事例10》

なぜ拒否するのか？  
～見当識障害により、拒否的な行動が見られる事例の対応法～**中等度認知症****1. 問題**

認知症の進行につれて、何かに対して拒否的になることはよく見られる行動である。こういった拒否的な行動は認知症に伴う **BPSD** として理解される。BPSD を考える際には、その基となっている **中核症状** について考えた上で対応を検討することが重要である。本事例では、**見当識障害** により入浴時の着替えに拒否が見られる事例を通して、その対応法について検討する。

**2. 事例の概要**

**対象者**：J氏 83歳 女性。

**家族構成**：夫（86歳）と一緒に長女（61歳、専業主婦）夫婦の家に同居している。近くに住んでいる孫（30歳、女性、販売員）が時折やってくる。

**既往歴**：5年前に心筋梗塞で入院。

**3. 事例の経過**

退院後間もなく物忘れが始まり、そのうちに「財布を盗まれた」といったり、「ご飯に毒を入れられた」と言ったりするようになった。さらに、病院やスーパーの中で出口がわからなくなったり、鍋を火にかけてそのまま忘れてしまったりするようになり、私立病院のメンタルヘルス科を受診したところ、アルツハイマー型認知症と診断された。

処方された薬を内服することにより、一時は安定したかに見えたが、最近また症状が進行してきた。特に問題となったのは、服を着替えさせたり、入浴させたりしようとするときと**抵抗**し暴れることであった。失禁があるためオムツを使用していたが、交換しようとするときと**激しく抵抗**し、長女1人では交換できないため、J氏の夫と2人がかりでやっとのことで交換している。

入浴については2人がかりでも難しいため、孫が訪ねてきたときに3人がかりで入れることができたが、それ以来約1ヶ月間入浴させることができずにいるため、J氏が異臭を放つようになってきてしまっていた。



#### 4. 事例の分析

着替え、オムツ交換、入浴に共通していることは服を脱がされるということである。我々は通常、大人になってから人に服を脱がされることはない。認知症ケアでは、相手の意思がわからないために、**介護者側の意思**に基づいて何かをしてしまいがちである。しかし、認知症の人にも意思はある。そう考えると、「人に服を脱がされるなんて嫌だ」と思って**抵抗**することも不思議なことではない。加えて、J氏には**人の見当識障害**もある。長女や夫が誰かわからないために、自分の服を脱がせようとする人たちが、自分に害を与えるのではないかと**恐怖**を感じているのだと考えられる。長女や夫は、J氏は自分たちのことを認識できているという前提で声をかけたり、着替えを行っているが、実際はそうではないために、拒否的な行動が見られていると考えられる。ここで重要なことは、J氏はオムツ交換や入浴自体を拒否しているのではなく、自分が誰に何をされようとしているかがわからないために、恐怖を感じ拒否的になっていると考えられることである。

#### 5. 対応について

J氏の拒否的な振る舞いは、何をされるかわからないという恐怖に起因するものであると考えられる。したがって、J氏を落ち着いた状態に保ったまま対応することが重要である。そのためには、時間をかけて行動する必要がある。例えば、入浴前には「お風呂に入りましょうね」という声かけをするだけでなく、脱衣所に行ってからしばらく会話をして気分が和むようにする。そうした上で再度「お風呂に入りましょうか」と声をかけるなどして、J氏に安心感を持ってもらえるよう配慮することが重要であると考えられる。また、夜よりも昼のほうが不安感を生じにくいいため、入浴は夜ではなくできるだけ昼間にした方がよいのかもしれない。

#### 6. まとめ

J氏のような見当識障害が見られる人に対する接し方の基本は「安心させること」である。そのためには、次の3点に注意するとよい。1つ目は**受容**である。これは、認知症の人の頭の中にあるひずみのある時間と空間を受け入れ、その世界に合わせることである。具体的には、認知症の人の言ったことを否定しないことである。2つ目は**補完**である。これは、必要な情報を適切に与えて、時間と空間のひずみを補うことである。具体的には、「お昼になったからご飯を食べませんか」「ここは家だから、大丈夫ですよ」などと、簡潔な言葉で必要な情報を伝えることである。3つ目は**明確化**である。これは、複雑な情報処理が必要ない環境を整え、時間と空間を明確化することである。具体的には、朝・昼・晩などがわかるような挨拶などの声かけをして習慣化したり、いつも落ち着いていられる居場所を作るといったことが挙げられる。

一度言ったからわかっているだろうと思い、介護者のペースで行動すると、認知症の人は“認知機能が追いつかない”状態になって、何がなんだかかわからない状態になってしまう。そのため、言ってすぐ行動するのではなく、何度も伝えたり、時間をかけたりすることが大切である。



## 《事例11》

なぜ介護者同士の関係が悪くなるのか？  
～嫁に対する被害妄想と本人に過食が見られる事例への対応から～**重度認知症****1. 問題**

家族介護では夫や妻、嫁などが主たる介護を担うことが多いが、一人で介護をすることは身体的・精神的にも大きな負担を伴う。しかし、介護者同士の関係が悪く、上手く協力できていないケースも稀ではない。本事例では、嫁に対する**被害妄想**や本人に**過食**が見られる事例について、介護者同士の関係性の視点から検討する。

**2. 事例の概要**

**対象者：**K氏 84歳男性。

**家族構成：**妻（80歳）、長男（52歳、会社員）、長男の妻（50歳、パート）、孫2人。

**K氏の情報：**子どもの頃から几帳面でまじめ、対人関係が苦手。メーカーの経理部で定年まで勤めた。

**既往歴：**心筋梗塞

**3. 事例の経過**

悠々自適の毎日を送っていたK氏だが、3年前に心筋梗塞を発症して入院し、退院してから、認知症の症状が出始めた。初めのうちは、出先で道に迷ったり、孫の名前を間違えたりする程度だったが、しだにお金の計算ができなくなり、物の名前がわからなくなり、症状は進行していった。また、どんぶり鉢一杯の煮物を平らげてしまったり、ご飯を4杯も食べてまだおかわりと言ったり、食欲が異常に亢進している。さらに近頃は、長男の妻に向かって、食事をしたばかりなのに「ご飯はまだか」「俺に飯を食べさせないつもりか」と言ったり、「どこに俺の財布を隠した」と言ったりなど、被害妄想も激しくなっている。

長男の妻は、姑も高齢でK氏の世話をするのは大変だからと、パートを週5日から3日に減らして介護をしている。しかしK氏からはあらぬ疑いをかけられ、また姑からも「ご飯をあげてくれたの？」「本当に財布、知らないの？」などと言われている。そのたびに腹が立ち、いっそ介護を投げ出してしまおうかと思うことがある。



#### 4. 事例の分析

「まだご飯を食べていない」というのは、被害妄想の一種である。K氏は物盗られ妄想も同時に起こっているが、一般的には、同じ妄想でも「ご飯を食べていない」の方が、「盗られた」よりも重くなってから出る症状である。食事は、人間の生活のなかで、大きな意味を持つ行為である。生命を維持するうえで不可欠であるとともに、日々の楽しみでもあり、リラックスしたり、コミュニケーションをとったりする場でもある。その食事の記憶がないということは、記憶障害がかなり進み、**短期記憶**が相当低下した状態である証拠である。この段階になると、少し前にしたことも忘れてしまうため、K氏はその瞬間瞬間に生きていると言っても過言ではない。

また、K氏は子どもの頃から几帳面な性格で、経理事務一筋に勤め上げた人である。このような人は、たとえばお昼ご飯は毎日必ず正午に食べる、というように生活のリズムがしっかりとしていて、なおかつそれを大事にしていることがよくある。何かの拍子に「正午になったらお昼を食べないといけない」という想念が浮かび、「今日はまだ食事をしていない」と思い始めると、そこから離れられなくなってしまうのである。

そして、「食事はまだか」「なぜ食べさせないんだ」「嫁が自分の都合で、勝手に食事の支度をしないんだ」というように、妄想がエスカレートしてしまう。**妄想建築**という言葉があるが、妄想には、妄想が妄想を深めてしまうという特徴がある。不適切な思考にとらわれると、その不適切な思考がさらに不適切な思考を呼び、どんどんひどくなっていってしまうのである。

また、自分が被害者であるという立場は、「自分は正しくて、相手が悪い」ということである。これは自己肯定であり、実は気分の良い状態なために、何度も同じようなことを繰り返すのである。普通ならば世話をしてくれる人に対して、「飯を食べさせないつもりか」と、なじることなど考えられないが、認知症の人は周囲の人と自分の関係がわからないために、「食事をしたい」という自分の欲求だけを、ストレートに追求してしまうのである。

K氏にはさらに、普通では考えられないほど大量に食べるという、過食の症状もある。これは、脳の**食欲中枢**に障害が及んでいるため、いくら食べても満腹感がないためだと考えられる。認知症では、過食よりも拒食の方が多いが、これもやはり食欲中枢に障害が及び、空腹だという感覚がないためである。ただし拒食は、胃腸の不調をはじめ、身体的な不調が食欲を減退させている場合も多々あるため、単純に認知症のせいだと考えず、原因をきちんと探ることが重要である。

#### 5. 対応について

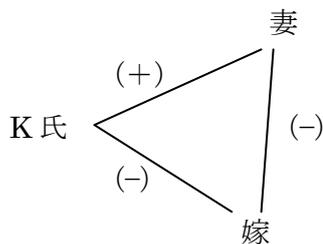
このケースでいちばん深刻なのは、実はK氏の症状自体ではない。K氏の妻がK氏の味方をして、介護の主な担い手である長男の嫁を孤立させていることであり、その関係性の解決が重要になってくる。

心理学には、人と人との関係をプラスとマイナスで表す**バランス理論**という考え方があるが、



バランス理論でこのケースを見ると、3人の関係性がはっきりする。バランス理論では、良くない関係をマイナス、良い関係をプラスで表す。構成員同士のすべてのプラスとマイナスを掛け合わせ、その結果がプラスの場合、関係は安定していると考えられる。結果がマイナスの場合は安定しておらず、その関係は崩れ、別の関係が生じるということである。

現在、K氏と嫁（長男の妻）はうまくいっていないため、その関係は「-（マイナス）」である。妻（K氏の妻）はK氏の味方をしているため、その関係は「+（プラス）」である。妻と嫁は、うまくいっていないので「-」である。したがって、この3人の関係は「-」×「+」×「-」＝「+」で、安定した関係であると言える。



つまりこの関係は、K氏夫妻が仲良くし、2人で嫁を仲間はずれにすることで安定しているため、何か手を打たなければこの状態がずっと続いてしまうということである。そうなれば、すでに精神的に辛い状態にある嫁が、早晚潰れてしまうのは明白である。

3人の関係では、全体がプラスになる場合を考えると、2つの関係がマイナスで1つがプラスの場合か、3つともプラスの場合かのいずれかである。2つの関係がマイナスの場合は、誰か1人が仲間はずれになるため、これを採用することはできない。つまり、3つの関係がすべてプラスになるようにすることが必要であると分かる。そのためには、K氏の妻の立場を変えていくことが大切である。K氏の妻が、まず嫁との関係をプラスにし、3人の関係を「+（K氏と妻）」×「+（妻と嫁）」×「-（K氏と嫁）」＝「-」と、不安定な状態にする。その上で妻は、K氏と嫁との関係がプラスになるように動くのである。例えば、K氏が「嫁がご飯を食べさせない」「嫁が俺の財布を隠した」などと言った場合、妻は否定はせず、「お茶を飲んで少し待っていてください」と言ったり、無くなった物をいっしょに探すなどして、K氏の興奮を鎮める。そして嫁に対しては、「あなたが悪くないのはわかっている。いつも感謝している。K氏の言動は病気のせいだから許してほしい」と、きちんとフォローする。さらに、K氏が妄想状態でないときに、「うちの嫁は、K氏思いのいい嫁だ」などと、繰り返し言う。これらの行為を続けることで、嫁とK氏との関係も、しだいにプラスになっていくと考えられる。

もう1つの問題である、過食については、無理にやめさせると欲求不満に陥ってしまう。したがって、「散歩に行こう」、「歌を歌おう」など、何か別のことをしようと誘い、興味をほかに逸らすようにするのが良いと考えられる。



## 6. まとめ

このケースは、まずはK氏、K氏の妻、嫁の3人の関係性をすべてプラスにすることが大切である。また過食についての対応は、いつもうまくいくとは限らないが、K氏が何に興味を持っているかを知り、そちらに誘導することができれば、それなりに効果はあるはずである。



## 《事例12》

なぜ便を弄ぶのか？  
～奔便が見られる事例への対応法～**重度認知症****1. 問題**

弄便は認知症が重度になると見られる症状である。介護者を最も困らせる症状であるだけでなく、細菌感染など衛生面でも大きなリスクを伴う。本事例では、**弄便**が見られる事例の分析から、その対応法について検討する。

**2. 事例の概要**

**対象者：**L氏 87歳 男性。

**家族構成：**妻（83歳）、孫（35歳、男性）、孫の妻（35歳）、ひ孫2人の6人家族。

孫一家とは7年前から同居している。

**3. 事例の経過**

孫が同居した当初から、L氏には認知症の症状があったが、毎日畑に出て農作業をこなし、特に問題なく過ごしていた。ところが、1年ほど前から異食が始まった。枕の縫い目をほどこいで中のビーズを食べたり、石を拾って食べたりするために、目が離せなくなった。さらに先月、オムツを外して便を取り出し、手で畳や壁になすり付けた。便を食べているところを孫の妻が発見し、大騒ぎになった。嫌がるL氏を、L氏の妻と2人で風呂場に引っ張って行き、なんとかシャワーを浴びさせたが、臭いが取れずに畳はだめになった。

またL氏は、以前は規則正しい生活をしていたが、夜中じゅう起きて歩き回り、奇声をあげたり、昼間にずっとウトウトとしていたりする。妻は、せっかくこの家に来て、同居してくれた孫に愛想を尽かされてはいけないと思っている。そのため、L氏をできるだけ自分で介護しようとした結果、体調が優れなくなった。

**4. 事例の分析**

認知症が進行すると、便を弄んだり、食べてしまったりする人がいる。原因は、欲求不満の現れ、オムツにした便が気持ち悪い、残便感があるなど、人によってさまざまである。L氏の場合、原因は明白ではないが、以前から異食があることから、何らかのストレスがあると考え



られる。そのストレスを解消するために、物を口に入れる癖がついており、同様に便も口にしていて考えることができる。便を口にいれるという行為は、家族にとって驚きや困惑、悲しみの感情が生じることになる。

便を口に入れるという行為が起こる理由の1つには、脳の障害によって嗅覚や味覚を感じなくなっていることが考えられる。高齢になれば、誰でも感覚器の機能は低下するが、認知症の人はそれに加えて、脳の障害によって臭いや味がわからなくなってしまう。さらに、便を見ても、それが排泄物だとは理解できない。そのため、便をして気持ちが悪くてオムツを脱いだところ、オムツから転がり出た便が気になり、なんだろうと思って触ったり食べたりする、ということが起こるのである。

**奇声**は、脳の障害が原因で興奮し、自然に出てしまう場合と、欲求不満を訴えるために起こる場合とがある。L氏の場合は、夜中に起きて歩き回る際に奇声をあげるようであるため、せん妄状態で幻覚などを見て、興奮して奇声をあげていることが考えられる。

また、L氏は昼間、ずっとウトウトしていることがある。このように脳の機能低下に伴って覚醒水準が低下し、ずっとウトウトしていることも、認知症が重くなると見られる症状である。これを**傾眠状態**と呼ぶ。傾眠状態は、認知症の人だけでなく、身体が動かないために寝たきりになっている人にも生じることがある。身体が動かないと、周囲の働きかけに対して反応がでないため、しだいに周囲が働きかけをしなくなってしまう、よけい反応がなくなるという悪循環が生じる。すると、**覚醒水準**が下がり、いつもウトウトしているようになってしまうのである。これは、使わない機能が衰えていく**生活不活発病（廃用症候群）**の一種である。したがって、たとえ反応がなくても声をかけたり手を握ったりして、外からの刺激を与えることが大切になってくる。

しかし、L氏の場合は夜の徘徊による昼夜逆転が見られているので、傾眠状態というよりは睡眠不足のように思われる。夜の徘徊が治まり、**昼夜逆転**が解消できれば、昼間のウトウトもなくなるのではないだろうか」

## 5. 対応について

異食や弄便があると、家族は驚き慌てて、力づくでやめさせようとする 경우가多々あるが、これらの行動は、無理にやめさせようとしてもやめさせることはできない。したがって、異食の場合は、食べると危険な物を周囲に置かないようにしたり、興味をほかに向けさせたりして、治まるのを待つことが大切である。

まず弄便は、オムツに便をした不快感が原因で起こっているようであれば、L氏の様子を観察して**排便パターン**をつかむ。パターンに合わせてトイレに誘導したり、オムツを替えたりすることで、防げるかもしれない。生活が不規則だとパターン自体がないこともある。また、パターンがあってもそれをつかむのは難しいことではあるが、頻繁に様子を見ることで、少なくとも弄便を未然に防ぐことは可能になる。



次に奇声は、制止しようとして介護する人が大きな声を出したりすると、相手をよけい興奮させる結果となり、逆効果である。奇声を出されても驚かず、手を握ってしばらくそばにいるなどして、認知症の人を落ち着かせるようにするとよい。また、あまりにも毎晩大きな声をあげ、隣近所に迷惑がかかるような場合は、雨戸を閉めて防音したり、窓を二重にするなどの対策が必要かもしれない。

## 6. まとめ

弄便や奇声は、カづくでやめさせようとしても、やめさせることはできない。カづくでやめさせることは認知症の人をよけい興奮させるだけで、良い結果にはならない。その場は相手を落ち着かせることを心がけ、その後に頻繁な見守りを心がけることが、遠回りのようでもお互いを楽にする結果につながると言える。



## 研究組織

大阪大学大学院人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野

教授 佐藤 眞一

博士後期課程 高 宏

大庭 輝

博士前期課程 豊田 麻実

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団

研修推進室長 高上 忍

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 高槻荘

施設長 田中 浩子

介護科長 三原 直子

介護職員 川路 弥恵子

生活相談員 山田 博

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 美原荘

施設長 行松 英明

介護主任 中谷 真理

介護職員 矢野 健一郎

介護職員 奥野 良一

監修：佐藤 眞一

編集：大阪大学・OSJ認知症ケア研究会