

認知症の専門的理解

小池 富士子

認知症の専門的理解 本日の予定

目的

- 認知症の病態を理解でき、なぜそのケアが必要なのか、また自分のおこなってきたケアの振り返りをおこなうことができ、実習時の実践に活用できる

到達目標

- 認知症の病態や治療に関する専門的な知識を理解できる



認知症を持つ人の対応が困難だと感じる要因

- ・意思疎通がとれない
- ・何度も同じことを聞く
- ・危険と分らず転倒する
- ・目が離せず、手がかかる
- ・不眠、大声で叫ぶ
- ・他の患者さんや利用者さんに迷惑をかける
- ・体調が突然悪くなる等



認知症の人の症状を見て
困った人と感じてしまう

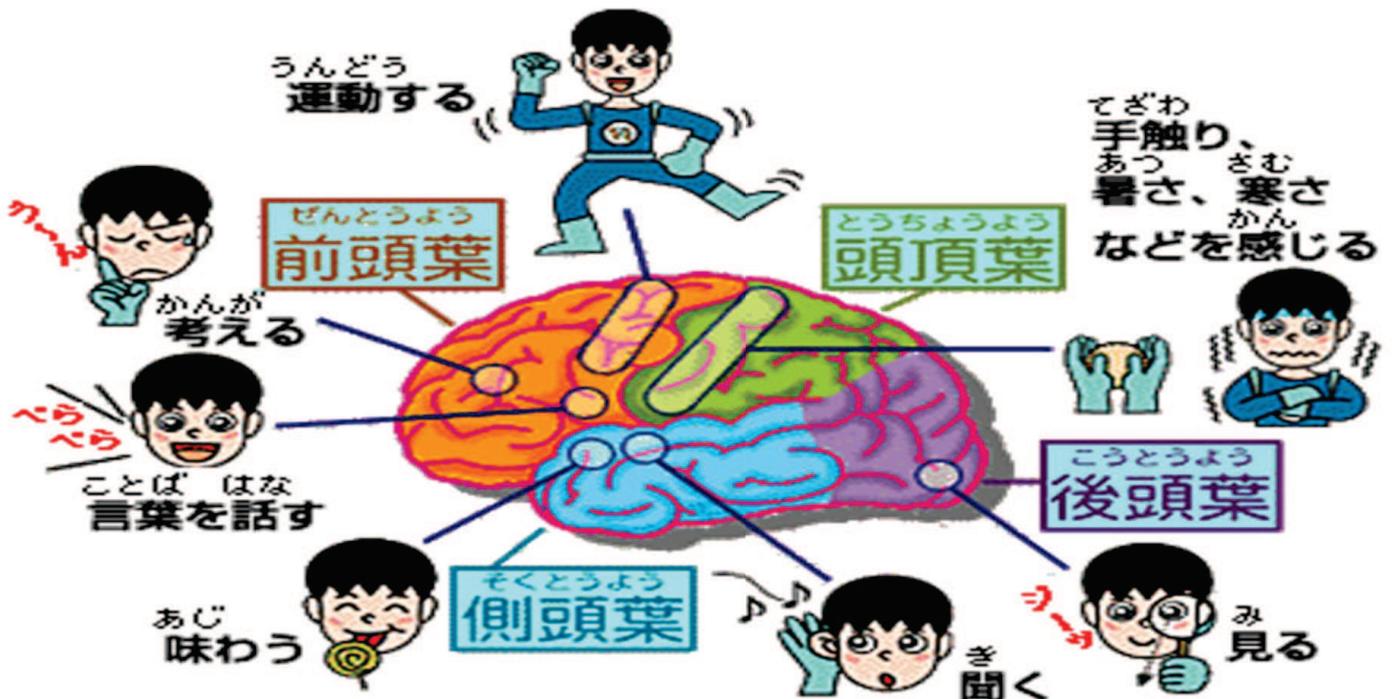


当てはまらない症例の多さ

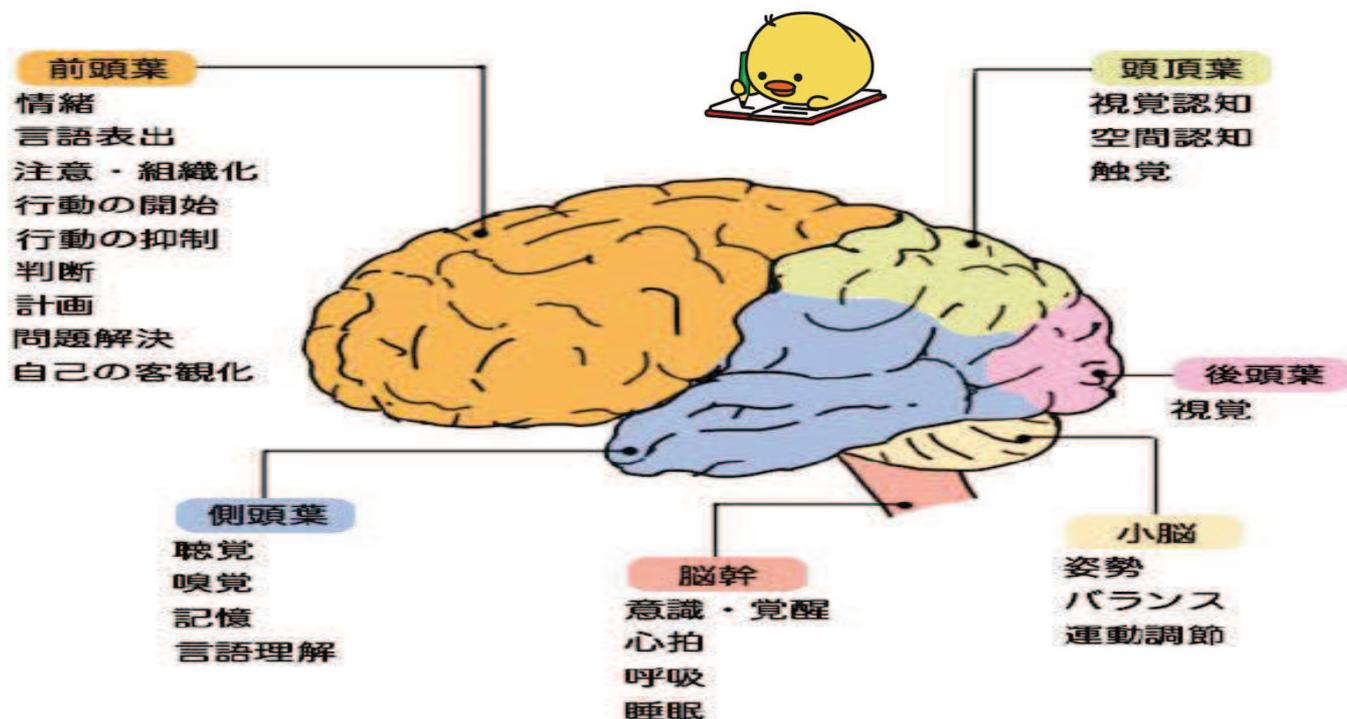
- ・認知症のタイプの診断が...
- ・間違っている病名が付いているのかも...
- ・行動原理はそれまでの生活や習慣や嗜好、性格に大きく左右される

タイプ別、重症度別の特徴を頭におきつつ、
その**個人をケアする**という**姿勢**が重要

脳の機能： 部位によって、機能・働きが違う



大脳の前頭葉・頭頂葉・側頭葉・後頭葉、小脳(脳幹も含めて)



脳の構成とその働きです

| | 働き | 障害されると |
|-----|-------------------------|--|
| 前頭葉 | 知能・人格・理性・運動・指令などを司る | 行動の抑制が効かなくなったり、注意・集中力が低下する確率が高くなる |
| 頭頂葉 | 身体の感覚や認識・複雑な動作や計算などに関わる | 触れたときの感覚や、方向・空間の認知機能が落ちてくる確率が高くなる |
| 後頭葉 | 視覚を司る | 視覚を使ってものを探したりすることが困難になってくる確率が高くなる |
| 海馬 | 側頭葉の深部にある、記憶の中核 | 記憶することが難しくなってくる確率が高くなる |
| 扁桃体 | 快不快や好き嫌いなど情動に関係する | 恐怖や不安といった感情の処理に障害が生じ、危険を認識しにくくなる可能性があります |
| 側頭葉 | 言語・聴覚・味覚・情緒・記憶を司る | 言語の意味や、ものや人の顔を認知することが難しくなってくる確率が高くなる |

認知症の原因疾患

| | | |
|---|--|--|
| 中枢神経変性疾患 アルツハイマー病 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症 など | 脳血管性認知症 多発梗塞性認知症 慢性硬膜下血腫 など | 脳腫瘍 脳腫瘍（原発性・転移性） がん性髄膜炎 など |
| 正常圧水頭症 |  認 知 症 | 神経感染症 クロイツフェルト・ヤコブ病 亜急性・慢性髄膜炎など |
| 無・低酸素脳症 | | 頭部外傷 |
| 中毒性疾患 アルコール性中毒 薬物中毒 など | 内分泌・代謝性疾患 甲状腺機能低下症 下垂体機能不全・ビタミン B12欠乏症・葉酸欠乏 など | 自己免疫性疾患 多発性硬化症 ベーチェット病 など |

認知症の原因疾患

| | |
|---|---|
| 脳血管障害 | 脳血管性認知症 |
| 神経変性疾患 | アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症、大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺など |
| 感染症 | 脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病など |
| 脳外科疾患 | 慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、正常圧水頭症など |
| （そのほか） 内科的疾患：肝不全、腎不全、慢性呼吸不全、慢性心不全 中枢神経疾患：神経ベーチェット、多発性硬化症など 内分泌障害：甲状腺機能低下症など 中毒：薬物中毒、アルコール中毒など 栄養障害：ビタミンB12欠乏など | |



認知症タイプ別の基本的なケア

【大脳の機能】

「認知症のタイプや特徴を知る意味」

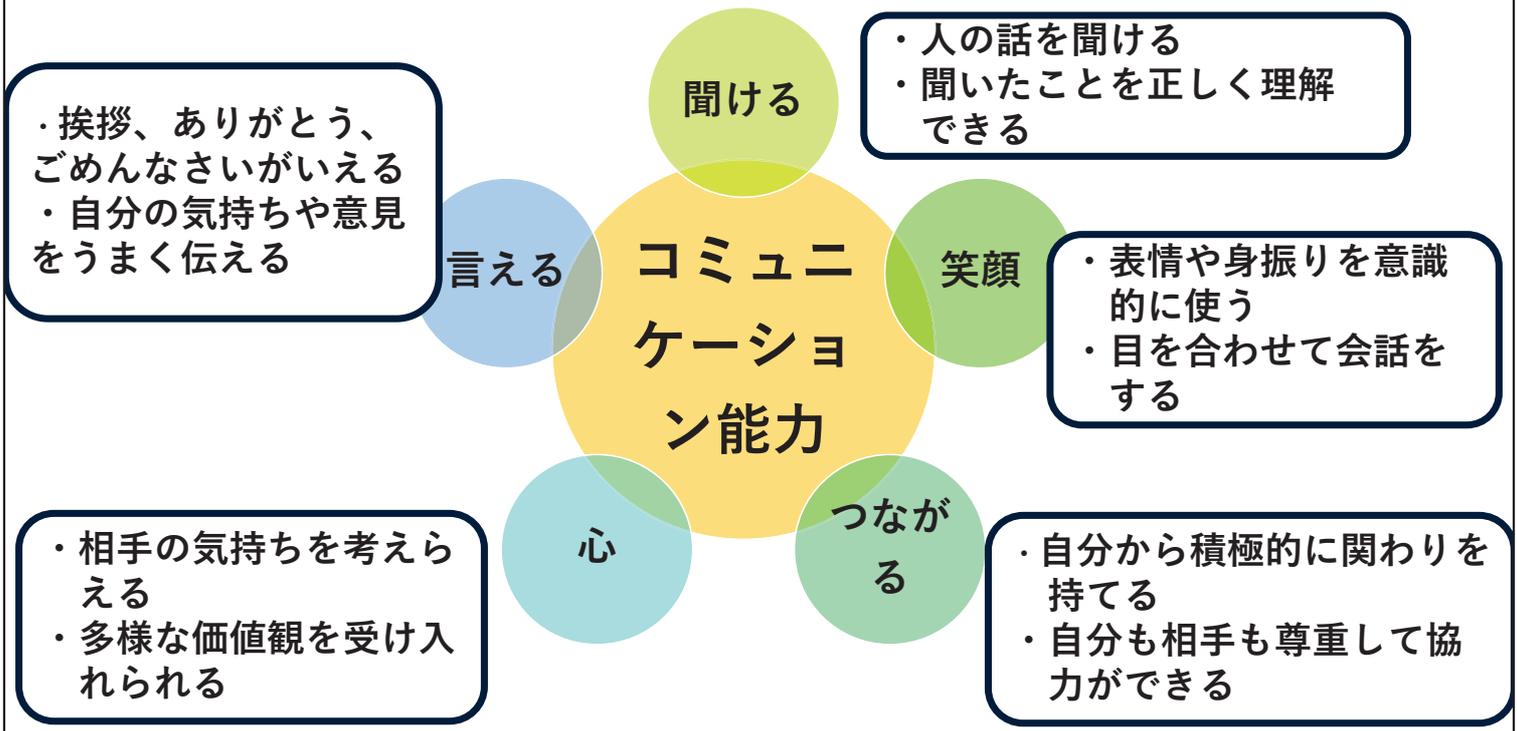
- ・ 認知症の原因疾患ごとに症状が異なり、対応の仕方が大きく異なる
- ・ 治療の可能な認知症を除外する必要がある
- ・ 抗認知症薬の効果が変わる
- ・ BPSDの対処法や薬剤の使い方が変わる

| | |
|-----|---------------------------------|
| 前頭葉 | 判断, 行動の抑制・問題解決・計画・注意・言語表出・創造・思考 |
| 頭頂葉 | 触覚・空間認知・視覚認知 |
| 側頭葉 | 記憶・聴覚・言語理解 |
| 後頭葉 | 視覚 |



障害される部位により症状は異なる

自分が気を付けなければならないことは何だろう……



認知症の診断(検査)

- 高齢者総合機能評価
- 認知機能検査・診察(一般身体所見・神経学所見・血液検査など)
- 画像検査等(CT/MRI/脳血流検査(SPET/CT)・PET/心筋シンチなど)
- 神経心理検査 など

(さまざまな疾患と鑑別していくには時間を要する場合があります)

認知症評価スケールの確認

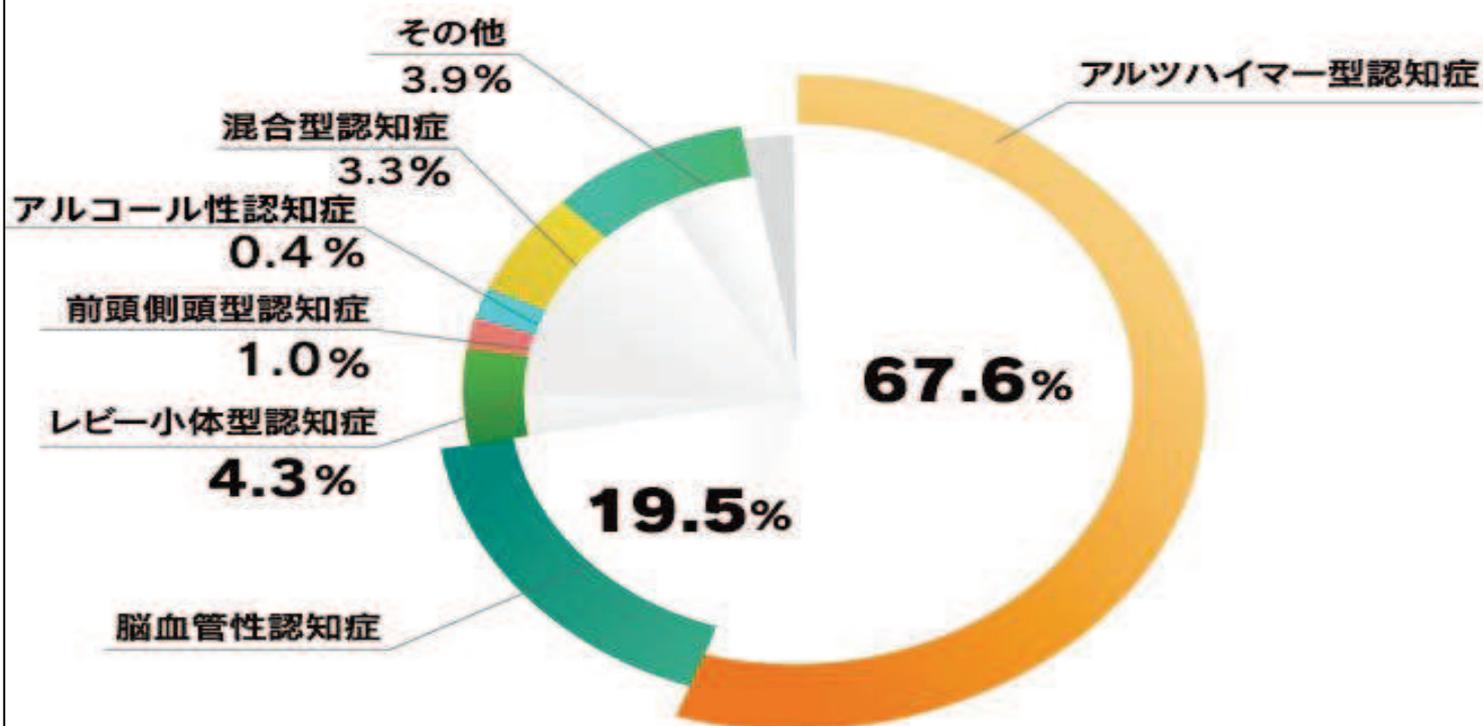
- **認知症のDBD13(認知症行動障害尺度)総合得点0点～52点**
認知症患者の行動障害を評価するための重要なツールです
科学的介護情報システムLIFFの項目として採用されています
認知症患者の行動異常を詳細に把握するために採用されています
適切にDBD13を活用することにより、介護者はQOLを高めるための具体的なケア計画を立てることができていくのではないのでしょうか
- **HDS-R(長谷川式認知症スケール)総合得点0点～30点**
記憶力、見当識、計算力等を評価
- **MMSE(ミニメンタルステート検査)総合得点0点～30点**
認知機能を評価する検査、見当識、記憶、計算、言語、図形模写等30項目
- **日常生活自立度**
- **ABC認知症スケール(アルツハイマー型認知症の重症度を評価するスケール) など**

ご自分の事業所では何を使用されていますか？



これらのスケールは、あくまで認知症のスクリーニングに使用されるもので確定診断には、医師による問診・診察・画像検査などほかの検査結果も総合的に判断することになります

認知症の種類と割合



難しいですよね……

すこしだけ、確認をしていきますね。



認知症

1

アルツハイマー型認知症

2

脳疾患性認知症

3

レビー小体型認知症

4

前頭側頭型認知症

他

14

アルツハイマー型認知症

- アルツハイマー病(AD)は、脳にアミロイドβタンパクといった異常な蛋白質の蓄積によってできるシミ(老人班)が増え続け、さらにタウタンパクといった糸くずのような蓄積物(神経原線維の変化)や神経細胞の脱落により、脳が徐々に委縮することを特徴とした変性疾患の1つである。
- **側頭葉…内側にある海馬(記憶中枢)から委縮が始まるために、初期症状として近時記憶障害が目立つ**
- **その後、頭頂葉にかけて委縮が拡大する、この結果時間とともに徐々に症状も進行するため、提供するケアも変えていく必要性があります**
- **一方、運動機能や感覚機能は特異的に保たれるゆえに、もてる力としての運動機能や感覚機能を活用することがケアのポイントとなります。**

15

記憶障害から始まる「アルツハイマー型」(AD)

きっかけは、アミロイドβタンパクとタウタンパクの蓄積と増加

- 蓄積増加することで、老人班、神経原線維変化が現れる
- 神経細胞が破壊されて、脳全体が委縮する病気



- 記憶の中枢である「海馬」を含む側頭葉内部の委縮が目立つために、記憶障害が顕著に現れるのです
- 進行の程度は、皆違いますが、**記憶障害**から始まり、**見当識障害、実行機能障害、視空間認知障害**が現れることが多く、**注意障害**や**運動障害**については、現われるとすれば重度に近いころであるケースが多いといわれています

アルツハイマー病の病変

側頭葉(海馬周辺)から始まり、頭頂葉や前頭葉に広がっていく

| | |
|----------|--|
| 病変が側頭葉 | ・記憶障害がおもな症状 ・特に近時の記憶障害が著名 |
| 頭頂葉に進行する | ・字が読めない(失認) ・衣腹の着脱などの慣れた動作ができない(失行) ・鉛筆、イスなど認知できない(失認) |
| 前頭葉に及ぶと | ・自発性の低下, 計画を立てて実行する能力の高次機能障害, 人格変化, 言動異状 |

17

認知症タイプの別の基本的なケア

アルツハイマー型認知症 (AD)

- ・日常生活機能の障害は、認知機能の低下による
➡ 基本的には身体的に行えなくなるのではない
- ① できること・できないことを細かく観察評価する
- ② できない又は危険が予測できる部分は、段階に応じて準備・指示・見守りを行う (必要なことだけ補う)
- ③ 記憶や見当識への支援
繰り返し説明する、カレンダーや時計を用いるなど
- ④ BPSDには根気よく付き合う/安心できる言葉かけを心がける

自律神経に障害が出る「レビー小体型」(DLB)

- 原因となるのは、レビー小体。αシヌクレインという物質(タンパク質)からなる異常な構成物である「レビー小体」が、脳の大脳皮質に広く現れることにより、さまざまな症状を引き起こす病気です
(レビー小体がおもに脳幹に現れるとパーキンソン病になります)
- レビー小体型認知症は自律神経に障害が出る全身の病気であることが大きな特徴です
- 起立性低血圧、食後性低血圧、臥位高血圧、便秘、神経因性膀胱、多汗などがみられます
(うつ状態になる人が多くうつ病と間違えられてしまうこともあります)

認知症タイプの別の基本的なケア/ DLB(レビー)

① 幻視

- ・幻視の存在を否定しない 見える振りをしない
- ・部屋を明るくする
- ・実態がないことを一緒に確認し、安心感を与える
- ・環境の整理 → 錯視を予防する

② 見当識の変動

- ① 見当識のレベルに合わせて対応する
(話がかみ合わない・傾眠など変動が激しい)
- ② 見当識が低下している時は、転倒・転落のリスクが高くなるため、環境の調整や見守りが必要
- ③ 見当識が悪い時は観察に徹する。特に食欲や嚥下動作の変動は誤嚥に直結するため注意する
(不顕性誤嚥する)

認知症タイプの別の基本的なケア/DLB(レビー)

③パーキンソニズム

- ・歩行障害（小刻み歩行）動作緩慢、小声でボソボソ話す。関節の固縮などにより転倒リスクがたかいため予防ケアをおこなう
- ・ドーパミンの不足による不顕性誤嚥の増加
→誤嚥予防のポジショニング（頸部前屈、G-UP30↑）

④レム睡眠行動障害（寝ている時体動多い）

- ・身体は眠っているが脳は目を覚ましている時に近い状態にある睡眠
- ・殆どの場合は10分以内に治まるために危険がない限り見守る
- ・体動による怪我の予防（柵カバーやクッションの利用）
- ・急に起こすと悪夢と現実を混同して暴れることがあるため無理に起こさない
- ・睡眠覚醒リズムを整える
- ・電気をつける、カーテンを開けると自然と起きれることがある

（4つをまとめてみました）**4つの症状** **4大症状**は以下の4つ。

このうち、2つ以上あるとレビー小体型認知症であることが疑われる

| 症状 | 状態 |
|----------|---|
| パーキンソン症状 | パーキンソニズムともいいます、動作時緩慢、筋肉が硬くなる筋強剛、安静時振戦などの症状がり、姿勢保持障害が出現します |
| 幻覚 | 幻覚には、幻視、幻聴、幻臭、幻味、幻触などがある。レビー小体病の初期に体験することが多いのは幻視(実際に存在していないものが存在して生々しく見えています) |
| 認知機能の変動 | 認知機能が時間単位、週月単位での変動などもあります。変動を起こす背景はさまざま。せん妄との識別が難しいこともあります |
| レム睡眠行動障害 | レム睡眠(身体は眠っているが脳は目を覚ましているときに近い状態にある睡眠)時に身体が動くことをレム睡眠行動障害という。夢と同じ行動を起こすため、大声をあげたり、起き上がったたり、手足を激しく動かしたりすることがあります |

症状として

症状は、とくに日常生活に影響が及ぶため、それぞれに対応したケアが必要になる。

まず認知機能の変動とは、朝できたことが夕方にはできないこと(日内変動)、今日できたことができないこと(週内変動)があるということである。

したがって、ケアに際しては、変動に合わせて、「できるとき」と、「できないとき」の支援を計画に立案しておく必要があります。時に薬物の調整も必要になるが、DLB(レビー小体型認知症)は薬物調整が難しい疾患でもあるため、医師との連携は欠かせない。

23

- 幻視は、軽度から出現する。DLB(レビー小体型認知症)の5～6割に、画像診断で後頭葉の血流低下を認める。後頭葉に視覚野があることから、視空間認知障害をもたらす、幻視や誤認とも関係する。
- 周囲の者には見えないが本人には見えていて、例えば子供達が遊んでいる、天井に沢山の虫が這っているなどと表現され、不快な幻視は振り払うと消えることがある。また、**ご飯の上にかけてあるふりかけを虫と誤認したり、夜に壁に衣類がかかっていると人がいると誤認したりすることもある。事前にふりかけをご飯にかけない。照明をつける。衣類を片づけるなど、環境を整えることで対応できるものも多い。**
- とくに認知症の人が不安や不快に思っているときには、真摯に対応することが必要である
- 幻視による混乱や恐怖心が強いときには、少量の塩酸ドネペジルや抑肝散を用いることもあるが、**まずは、環境を整えることが先決である。**

症状として

- 症状にある**レム睡眠障害**とは、睡眠中(レム睡眠)に夢を見ているとき、通常は手足の筋肉は弛緩しているが、この障害では、夢の内容が行動化されて**暴力的な行動に至ったり、大声で激しい寝言を言うような状態**を言う。DLBの発症に先行して、レム睡眠行動障害がみられることもあるといわれる

レム睡眠・・・大丈夫ですね？浅い眠りの状態です（自分で調べてね）

- **抗精神病薬の過敏性**とは、抗精神病薬に敏感に反応することを意味するため、副作用も生じやすくなる。したがって、とくに薬の種類や量の変更時には、その後の対象者の変化に注意して、医師にフィードバックしていくことで、認知症の人が適切な薬物療法を受けられるよう支援することも重要である。

25

以前は

「ピック病」

前頭側頭葉
変性症



現在は

前頭側頭葉変性症



前頭側頭型
認知症

意味性認知症

進行性
非流暢性失語

3タイプの認知症に分かれる

症状による3つの分類

前頭側頭葉変性症 (FTLD)

前頭側頭型認知症 (FTD)

行動障害が顕著に出る
代表的なのはピック病

前頭葉の外側(穹窿面: きゅうりゅうめん)や前頭葉底面が障害されて起こります。理性的・社会的なふるまいができなくなり、人格変化や行動障害が現れます。ピック病とほぼ同義

意味性認知症 (SD)

言葉の意味がわからなくなり会話を通じない

言葉の意味がわからなくなり、会話を通じない側頭葉前部の障害によって起こります。話し方はスムーズでも、言葉の意味が理解できず、会話が成立しなくなります。アルツハイマー型より、進行が早いのが特徴です。

進行性非流暢性失語 (PNFA)

発話がスムーズにできなくなる

脳の中央あたりにある上前側頭回(じょうぜんそくとうかい)や弁蓋部(べんがいぶ)が障害されて起こります。言葉の意味は理解できますが、スムーズに話すことができなくなります。読み書きも困難になります

社会的行動が難しくなる「前頭側頭型」(FTD)

- 臨床的には3つの種類がある
- 前頭側頭型認知症は、若年の発症が多く見られます
- 原因 → 前頭葉と側頭葉が障害される変性疾患の1つである前頭側頭葉変性症
- 臨床的には
 - 意味性認知症(言葉の意味がわからなくなる等の症状を呈する)
 - 進行性非流暢性失語(言葉のしゃべりづらさ、言葉のもつれ等の症状を呈する)
 - 前頭側頭型認知症の3亜型に区分されています

前頭側頭型認知症(FTD)の3亜型(よく見られる症状) (前頭葉や側頭葉の萎縮によって引き起こされます)

・脱抑制

社会ルールに沿った行動ができなく、感情や気分のおもむくままに行動する傾向(衝動的な行動や言動)

・常同行動

同じ行動をくり返す。注意、集中力低下、感情、情動の変化、病識の欠如、被影響性の亢進

(周囲の人の言葉に影響されやすくなる・決まった行動を繰り返すなど)

・無欲型

意欲や自発性が低下し、無気力は状態 など

認知症タイプ別の基本的なケア **前頭側頭型認知症(FTD)**

・前頭葉症状により、制止や修正が効かないため注意が必要

①時刻表的行動を利用して1日の活動を組み立てる

②周囲の人々に事情を説明し協力を求める(座席の確保・商品や交通費用の弁済など)

③被影響性の亢進を利用します

手続き記憶を利用した作業を準備し、必要な道具をセットにして毎回そのセットで作業を繰り返す(根気よく関わる)

④食行動異常につながるようなカラフルなものを除去したり食事中の見守りをおこなう

- FTDの特徴的な症状としては、**軽度の段階から脱抑制や常同行動を呈し、同時期に自発性の低下、アパシーなども出現することがある。**
- **前頭葉は、人の行動を統制する働きがあるため、ここが障害されることによって行動のコントロールが(調整)がうまくできなくなる。これを脱抑制という。**
- このことが「**わが道を行く行動(Going my way.)**」とも称されるゆえんでもある。
- 例えば、診療や食事の途中で立ち去ってしまったり、店に行っ、欲しいものがあればお金を払わずに持ってきたり、隣の花がきれいと思えば断りもなく取って来たりするため、社会的トラブルになりやすい。したがって、地域でサポートできるような体制づくりも必要になる。



31

- 常同行動とは、時刻を刻むような日課表通りの行動をとることをいう。例えば、毎日、同じ時刻に、同じ場所で、同じ料理を作って食べるといった行動である。
- アルツハイマー病とは異なり、**初期の頃は記憶が保たれているので、毎日同じ味噌汁とおかずを食べている**といった常同行動から家族が異変に気づき、受診につながる場合もある。



- この常同行動を逆に活用して、デイケアなどを**日課に組み入れていく**のも1つの方法である。認知症が進行すると脅迫的音読や反響言語(他者が話した言語を繰り返して発声)などが目立つようになり、歩いていて看板を見つけると、看板の文字をひたすら読み上げたり、他者の話した単語を繰り返して言い続けたりする。このようなときに、本人の好きな歌を歌ってみると、切り替わって一緒に歌うことがある。

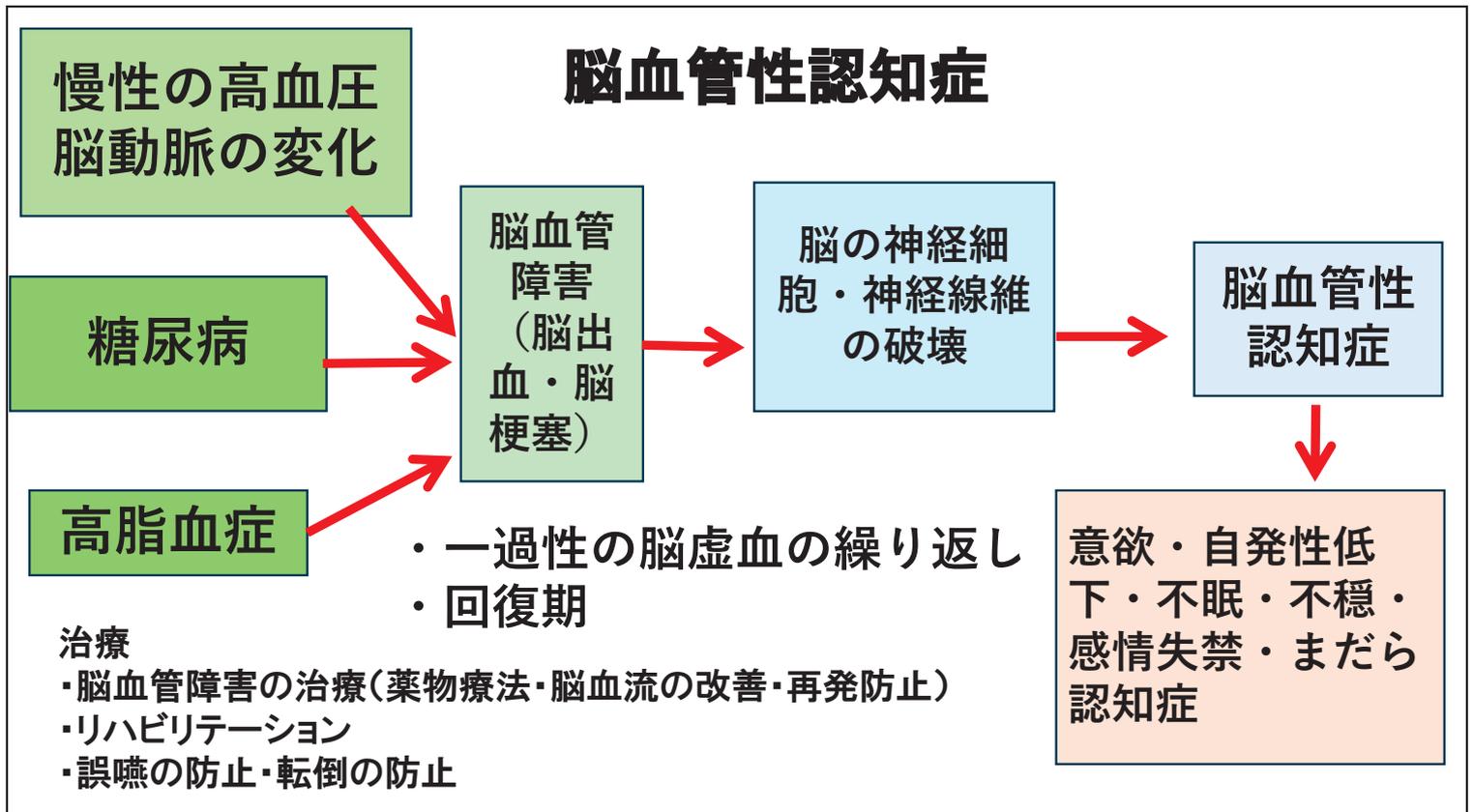
32

- 記憶障害は、初期にはほとんど目立たないが、他人に対する無関心さや自発性の低下によって、物忘れのように捉えられる場合もあるので、注意が必要である。
- FTDでは、他誌的失見当識がないので、戸外へ一人でかけても自分で戻ることができる。このため、安全さえ確保されていれば、家族介護者が後から付き添わなくともよいことがある。



- 一方で**回廊のような建物**だと歩くことを自力で止められず疲労骨折することもあるため、お茶に誘うなど切り替えるような支援も必要である。このことからFTDでは、毎日、同じ時刻に、同じコースを繰り返し歩くことを「**周徊**」とよび、ADの「**徘徊**」とは区別してもちいることがある。

33



脳血管障害から始まる「血管性」(VaD) 脳の障害部位により症状が変わる

- 脳血管障害 → 脳血管障害が起こった部分の神経細胞が損傷され、脳の働きが低下します
- 脳血管障害を起こすきっかけとなるもの → 心原生脳梗塞、脳出血、脳梗塞、多発ラクナ梗塞など
- 障害の部位により、症状が変わるのが特徴
- 症状 → 歩行障害、構音障害(ろれつが回らない)、嚥下障害、同じことでもできたりできなかつたり「まだら認知症」とも呼ばれる症状(症状の変動はあります)
- 意欲の低下する傾向にあります(自覚していることが多くありうつ状態になることもあります)

認知症タイプの別の基本的なケア/血管性VaD

- 日常生活機能の障害は、身体機能の低下による
 - なんらかの麻痺や嚥下障害を合併する
- ① 出来ない時は出来ないのだと理解し、無理強いしない
 - 脳血流によって症状が出たり出なかつたりする(まだら)わざとやらないわけではないことを理解する
- ② 出来ることと出来ないことを確認しながら介助する
 - 残存機能を使うことが良いリハビリになる
- ③ 画像から機能局在による巣症状を予測できる
 - CTやMRIなどを確認する



中核症状・BPSD



中核症状により生活上の障害が生じる

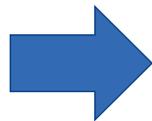
認知症の中核症状とは、

脳の機能低下によって直接的に現れる症状のことですよね

中核症状

記憶障害、見当識障害、失認、失行、失語、注意機能障害、実行機能障害 など

中核症状



生活上の障害

生活障害 : 認知症の人にみられ、それゆえに個人的・社会的活動と社会参加が困難になってしまう

日常生活上の障害 なのです

「中核症状」は認知症の原因により変わる
中核症状は病気が原因で起こる

- ・認知症の直接の原因（脳の神経細胞の障害）に関係して起こる症状のことを**《中核症状》**と言います
- ・認知症では、認知機能障害が中核症状の中心となります
- ・現れる中核症状の種類や程度は、認知症の直接の原因（脳の神経細胞が障害される部位）や、その人の環境などによっても異なります。



おもな
中核症状

記憶障害
見当識障害
実行機能障害
失行
失認
失語 など

では、**認知症の種類別中核症状の特徴**

特徴として
今まで話して
きましたよね



アルツハイマー型認知症

神経細胞が破壊され、脳全体が委縮。記憶の中核である海馬を含む側頭葉内部の委縮が目立つ



初期より記憶障害が目立つ



血管性認知症

血管障害が起こった部分の神経細胞が損傷され、脳の働きが低下する



血管障害が起こる場所により変わる。意欲や自発性の低下が起こる事がある

では、認知症の種類別中核症状の特徴

特徴として
今まで話して
きましたよね



レビー小体型認知症
レビー小体が脳の大脳皮
質に広く現れる



↓
初期には記憶障害はあまり
目立たない、変動する
認知障害、パーキンソン
症状、繰り返す具体的な
幻視、レム睡眠障害など
の特徴的な症状がある

前頭側頭型認知症
前頭葉と側頭葉が障害さ
れる変性疾患

↓
初期より理解、判断力の低
下や失語が目立つ、脱抑
制、常同行動なども

海馬の障害

海馬の障害：最もでやすいのが記憶障害

アルツハイマー型認知症の発症

- ・短期記憶障害を生じる
- ・今の記憶が覚えられない
- ・昔の事は覚えている

なぜ？

- ・古い記憶は長期記憶として海馬ではなく大脳に保存されている為



海馬とは？

・記憶は、その【内容】と【時間】の2種類に分類されます。



陳述記憶 頭で覚える記憶

①意味記憶

知識として覚えること
本を読んだり聞いたり
の知識
(例:フランスの首都はパリである)

②エピソード記憶

直接体験して覚えること
(例:パリに旅行してエッフェル塔
をみた)



手続き記憶 身体が覚える記憶

スポーツ・工作・料理・手芸・
楽器・職人仕事など、身体を
使った体験からの記憶

認知症になっても軽度(～中
等度)までは残存する
(例:主婦が料理をする能力
大工さんが道具を使う能力)

介護場面でこの能力を活用

記憶の時間による分類

短期記憶

アルツハイマー型認知症では
これが障害

日々見たり聞いたりして
覚える記憶

20秒～数分程度の持続
力で覚えようとしない限り
忘れる

(1)即時記憶
すぐに再生できる

(2)近時記憶
5分間の別な作業後の
再生できる



長期記憶

20分後に忘れてしまう
ものから何年間も覚えて
いる記憶まで様々である

一時的に忘れていても
何かのきっかけで思い
出すこともある

記憶の種類 記憶の種類は分類の方法によって変わってきます

時間の要素で分類

短期記憶

数秒から数十秒程度の記憶

出来事記憶

近時記憶・・・数分から数日程
度の記憶

遠隔記憶・・・数か月から数年
以上の記憶

展望記憶

これから行う事を思い出す記憶

情報の種類で分類

意味記憶

食べ物や動物など長い年月を
かけて習い覚えてきた事柄

エピソード記憶

子供のころからの思い出など

手続き記憶

自転車をこぐ、料理の手さばき
など

遂行機能障害(実行機能障害)とは



物事を倫理的に考え、計画を立て、効率的に実行することが困難になる障害です。

- 遂行機能障害(実行機能障害)は、脳の前頭連合野の障害に起因することが多いとされています。
- 前頭連合野は前頭葉内に位置しており、大脳全体のうち約29%を占めています。
- 「認知・実行機能」、「心の理論・社会性機能」、「情動・動機づけ機能」など多様な機能を持っています。

遂行機能障害（見当識障害）

- ・見当識とは「**時間**」「**場所**」「**周囲の人との関係性**」「**状況**」などを適切にとらえる能力のことです。
- ・見当識障害は認知症の中核症状の1つで、記憶障害とともに発症の初期の段階から起こりますが、**症状のあらわれ方としては時間→場所→人物の順に見当識(感覚)が失われて**いきます。



まず、時間の感覚が薄れていきますが、当初は友人との待ち合わせや病院の予約などの時間に遅れるようになり、徐々に日付や曜日の感覚がなくなっていくます。
さらに進むと、朝・昼・夜の区別や季節感がなくなり「自分が何歳かわからない」「季節にあわせた服装ができない」といったことが起きます。

遂行機能障害(実行機能障害)の具体的な症状事例

- ・物事の順序や優先順位が分からない。
- ・予期せぬ状況にパニックになりやすい。
- ・間違いが起きたとき、他者から指示されないと対応できない。
- ・一つの問題にこだわり、それが解決できないとどうしても我慢がならない。



遂行機能障害(実行機能障害)の具体的な症状や事例

- 遂行機能障害(実行機能障害)の具体的な事例としては、「ご飯を炊く」や「おかずを作る」といった単一の行動はできても、それらを同時に進行させることが難しくなることがあります。
- また、食材を使い回す計画を立てても、実際にはその計画を忘れてしまい、同じ食材を何度も買ってしまふといったことも起こりえます。
- そのほかにも、電話番号を調べて番号を入力することができない、薬の管理を正確に行えないなどの問題も発生します。



遂行機能障害(実行機能障害)が見られる人への対応ポイント

住環境を整える

：部屋にある家具や物の数を減らして必要な物だけを手の届く場所に置くなど、シンプルで整理された環境を提供する。

簡潔で明確なコミュニケーション

：指示をする際は「服を着てください」ではなく、「まずシャツを着て、次にズボンを履いてください」と伝えるなど、簡潔で明確な言葉を選ぶ。

肯定的なフィードバック

：自分一人で計画～実行までを行うことができた場合に、「上手にできましたね！」と肯定的な言葉をかけ、小さな成果でも励ます。

予測可能な日常ルーチンの確立

：毎朝同じ時間に起床し、食事や散歩の時間を一定に保つといった安定した日常生活の流れを作り、予測可能な環境を整える。

ストレス要因の特定と対処

：静かな環境や人混みを避ける配慮など、ストレスの原因を見つけて対応策を考える。



見当識障害

時間

時間感覚の変化

- ・時刻や日付、曜日がわからなくなる
- ・予定に合わせて準備ができなくなる
- ・季節感のない衣服を着る

場所

方向感覚の変化

- ・自宅の近所で迷子になる
- ・自宅の部屋の位置がわからなくなる
- ・徒歩では行けない遠い場所へ、歩いて行こうとする

人

人間関係の変化

- ・人の名前がわからなくなる
- ・祖父母や兄弟、姉妹など家族の関係性がわからなくなる
- ・鏡に映る自分の姿が自分だとわからなくなる

見当識障害

- ・現在の時間、場所、人物を理解し、周囲や自分の状況について見当をつける能力(見当識)に障害がおこるのが、見当識障害です。
- ・まず、➡ 時間の見当がつかなくなる
 - ➡ 次に場所が分からなくなる
 - ➡ 病状が進行すれば人の区別がつかなくなる
- ・認知症の人は『いつ』『どこで』『誰と』『何をした』のかがわからなくなる
- ・周囲の人間が想像もつかない不自由さの中にいるのだと考える
- ・失認に基づくもの、記憶障害に基づくものなど、発症メカニズムは一樣ではない

見当識は「補う」事ケアが大事 声かけを工夫する

- 見当識とは、時間、場所、周囲の人や状況について正しく認識する機能の事を言いますよね
- これに障害が起こると、「いつ」「どこで」「誰が」が把握できなくなりますよね
- アルツハイマー型認知症の場合は、障害が進むと、時間・場所・人の順に正しく認識できなくなっていくます。
例・・・居室訪問時毎回「あなたどなた？」
「え～毎日会ってますよ」「小池です」「覚えてくださいね」
➡ 責められたように感じるのでは
- 訪室するたびに「失礼します。こんにちは、看護師の小池です」と、毎回初めてお会いする時と同じように挨拶をする。用事が無くても訪室してお話をする

実行機能障害

- 日常生活で何かをやり遂げるには、多くの過程をこなす必要がある
➡ 『何かをしようと思いつく』
➡ 『計画を立てる』
➡ 『順序立てて行う』
➡ 『やり続けて、やり遂げる』



などの一連の行動で使われるのが『**実行機能**』です

実行機能とは

- 記憶・言語・空間的認知 などの知的道具機能を使いこなして物事を行う管理機能です
- ここに障害が起きると、状況を理解し、内容を整理・分析して計画を立て、それを実行する事が難しくなります

実行機能は、誰かが一緒ならできることはたくさん。 サポートの方法を考える

- 先を見越しながら手順を踏んで何かを達成する機能の事を実行機能と言いますよね。これに障害が起こると、行動するために必要な手順や段取りがわからなくなりますよね
 - 例・・・脇に挟んだ体温計のピッピッの音が鳴ってもそのままの状態にいる。
私も、つい体温計を黙って脇から抜いてしまいます。違いますよね
「〇〇さん、体温計の音が鳴りました。脇から体温計を取って、私に渡してもらえますか？」と、このあとの動きについて説明するのですよね。
 - コミュニケーションをとるとかケアプランに記載してありますが、このコミュニケーションの内容を職員間でわかっていないといけないんですよね
その利用者さんや患者さんにわかる会話なのですよね
ただ、単に、リーダーとして他の職員さんに「コミュニケーションをはかってください」ではないのですよね。
- 実行機能障害のある方には、〇〇だから、この会話方法がわかりやすいのではないだろうか？と分かりやすい内容を伝えていくことが必要ですよね

失認とは



- 失認は、感覚器に異常がないにもかかわらず、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚といった五感に関する認知能力が正常に機能しない状態を指します。脳の特定部位の損傷によって生じ、人の顔や声、音などを正しく認識することが困難になることがあります。
- また、失認は認知症の中核症状の一つであり、高次脳機能障害とも密接な関係があります。高次脳機能障害は脳損傷に起因する認知障害全般を指す言葉であり、失認はこの障害に含まれます。

失認の種類

| 聴覚失認 | 視覚失認 | 触覚失認 | 相貌失認 |
|---|---|---|---|
| 音や言葉を聞き取る能力は損なわれていないものの、聞こえてくる音が何を意味しているのかを理解できない障害 | 目で見たと情報を脳が正確に解釈できない状態を指します。これは、大脳皮質の後頭葉に位置している、視覚情報の処理に関わる脳の部位に問題が生じることで発生します。その結果、物体や文字を見ても、それが何であるかを理解するのが難しくなります | 脳の頭頂葉の障害により、物体に直接触れてもその物体が何であるかを識別することができない障害です。視覚を用いずに物体の形状、質感、重さなどの特徴から物体を認識する能力が損なわれます | 人の顔を識別し記憶する脳の機能に障害が生じ、親しい人を含む他人の顔を識別できなくなる状態を指します |

失認の種類

| 病態失認 | 左右失認 | 手指失認 | 身体部位失認 |
|---|--|--|---|
| 病態失認は、脳の頭頂葉の障害により、自分の身体に起きている病気や障害の存在を認識できない状態を指します | 個人が自分自身の体の左右や物体の左右を識別する能力が障害される状態です。この障害は特に、脳の頭頂葉の中間部に問題がある場合に生じます | 自分の手や指、または他人の手や指を正しく識別できない状態を指し、脳の頭頂葉の障害によって引き起こされます | 自分自身や他人の特定の身体部位を正確に認識できない状態を指します。これは後部頭頂皮質の障害により発生します |

失認

失認は、視力に異常がないのに対象物を認識したり、区別ができない症状の事



| | |
|----------------|-------------------------------|
| 物体失認 | ゴミ箱と尿器の区別がつかなくなる |
| 相貌失認 (そうぼう) | 人の顔を認識できない。鏡に映った自分の顔を侵入者と誤認する |
| バリント症候群 | 遠近感が障害され、箸で料理がつかめなくなる |
| 半側空間無視 | 右利きなら左側の物体や文字を無視してしまう |
| などがあります | |

失語とは



「失語症は」 脳の左半球の障害に関係している。

- ①発語はたどたどしいが本人の言語理解は比較的安定している。
→左前前頭のブローカ野という領域を中心とする傷害によって起こる
「運動失語(ブローカ失語)」
- ②発語は流暢ながら言語理解は悪い。
→左側前頭のウェルニッケ野の領域を中心とした障害による
「感覚失語」(ウェルニッケ失語)」

障害が双方の領域を含む広い範囲にわたる場合には、発語も言語理解も重度な全失語になります。

失語症

- ・失語症は言語障害の一種で、「聞く」「話す」「書く」「読む」といった日常生活におけるコミュニケーションが困難になることです。
- ・失語症の症状に関して詳しくは後述しますが、全ての機能に影響が出るケースが多く、例えると、言葉の通じない外国にいるような感覚です。

失語症の症状

- ・言い間違いが多い
- ・うまく発音できない
- ・文字を思い出せなくて書けない
- ・話しかけられた内容を理解できない
- ・文字を読めても意味を理解できない など

失語はね、



- ・失語は、その多くが物品の呼称障害からはじまります。
- ・日常的に使用する頻度が少ない名前ほどでにくくなります。
- ・また、認知症が進行すると、言葉を理解できても話すことができなくなる
→ 運動失語
- ・話すことが出来ても理解が出来ない
→ 感覚失語
- ・物の機能や役割を正しく認識していながら名称だけを間違える
→ 錯語

などの 症状が加わります

失行は



- 失行は、日常の動作を担う脳の特定部位、特に大脳皮質の前頭葉や頭頂葉の損傷や変性により生じる症状です
- 前頭葉は、計画、意思決定、問題解決など、高次の認知機能を司り、一方頭頂葉は、触覚、空間認識、物体の形の理解といった感覚情報の処理に重要な役割を果たします。

失行

- 運動機能に麻痺などの障害が無いにも関わらず、以前はできていた「目的をやり遂げる為の動作」が出来ない状態
- 認知症が進行した時期に見られるものですが、年齢が若い人には早期から出現することもあります。
- 基本的には進行したアルツハイマー型認知症の人に見られ、生活機能障害の原因になります
- 症状に配慮しないで対応するとBPSDの原因にもなります（理解したケアが必要ということです）

失行の種類、内容

| 構成失行 | 観念運動失行 | 観念失行 | 着衣失行 | 歩行失行 | その他・他人の手症候群 |
|-------------------------------|---|---|--|---|----------------------|
| パズルの模倣などの立体構成が上手くできない空間的操作の障害 | 自動運動は可能だが意図的運動が困難、無意識だと食べられるが、意識すると箸が使えない | お茶を入れる、歯を磨くなどで、個々の動作は可能だが、一連の動作が困難となる。急須に蓋をしたまま、ポットからお湯を入れようとする | 手足の動きに問題があるわけではないが、服を着ることができない服を持つが、どのように来たらいいか分からない | 麻痺などがあるわけでもないのに、歩くことができない座位でのボールけりはできるが、立ったままだと床に吸着したように足が出ない | 自分の意志とは関係なく、勝手に左手が動く |

(事例)

- 「体を洗ってください。」と言われても実施できないが、
- ➡ タオルに石鹼をつけて誘導すると身体を洗う事ができる **アルツハイマー病**の人がいる。
 - ➡ この場合には、**頭頂葉の萎縮による観念運動失行**という病態を知っていることで、
 - ➡ 言葉で伝えようとするますます行動ができなくなる **失行の病態を踏まえて**、
 - ➡ 自発的な行動ができるような場を用意する。という看護や介護のケアにつながる ➡ ケアの意味を理解

事例のように、認知症の病態を踏まえた対応



- ①認知症の人のもてる力が引き出され、暮らしの質が変わるケアを考える
- ②行う時は認知症の人の言動の意味をアセスメントしていく際のヒントにする
- ③認知症の原因疾患や重症度を踏まえた特徴をもとに観察

注意したいのは、大切なのは、まず、認知症の人の体験している世界にしっかりと看護、介護者が身を置き、彼らの困難や不自由さを捉えることが咲きであり、病態を踏まえた特徴は看護や介護を検討する際に活用するという順序を間違えてはならないということです。

67

失行



- 運動機能に麻痺などの障害が無いにも関わらず、以前はできていた「目的をやり遂げる為の動作」が出来ない状態
(苦しい、つらい、くやしい……)
- 認知症が進行した時期に見られるものですが、年齢が若い人には早期から出現することもあります
(何で出来ないんだ、こんなはずでは……)
- 基本的には進行したアルツハイマー型認知症の人に見られ、生活機能障害の原因になります
- 症状に配慮しないで対応するとBPSDの原因にもなります

失行の症状が見られる方への対応のポイント

- ・失行は、本人の意思や思考に反して起こることがあるため、当事者はうまくできないことへのストレスや苛立ちを感じやすくなります。また、周囲の目を気にして自尊心や自信を失いやすくなります。
また、もし周囲の方々が症状を理解していない場合、目の前の本人ができないことに対して疑問やストレスを感じてしまうことも少なくありません。
- ・そのため、失行の症状が見られる方のサポートをする際は、できない状況に目を向けるのではなく、先回りをして本人の動作をサポートすることが大切です。



失行・失認・失語は「支え」ケアが大事 できる事、出来ないことを知る

- ・失行とは、筋力低下や震えといった身体機能の障害がないのに、目的に合った行動が出来ない状態ですよね
服 → 着衣失行 ・道具や家電製品が使えない → 観念失行
(日常生活動作困難になりますよね)
- ・失認とは、他の感覚を介せば認知可能であるが、ある感覚ではその対象を正しく認識できなくなる障害です
歯ブラシを見てもわからない場合も、触ったり一緒に手に取って歯磨きをすることで認識できるということが起こります
自分と物のとの位置関係や、物と物の位置関係がわからなくなることも起きます(視空間失認)

失行・失認・失語は「支え」ケアが大事 できる事、出来ないことを知る

- ・失語とは、聴覚器や発声器に障害がないのに、言語の理解や表出が困難になる状態のことですよね

大きく分けて5種類の失語がありますよね

- ① **健忘失語**・・・聞いて理解する能力はあるが、ものの名前がすぐに出てこない。回りくどい言い方が多い。音読や読解は保たれるが書字能力には個人差があります
- ② **伝導失語**・・・聞いて理解する能力はあるが、字性錯誤(言葉の一部の言い誤り)が多く、誤りに気が付いて言い直そうとするため、発話の流れが妨げられる。漢字より仮名の方が障害されることが多いのですよ
- ③ **全失語**・・・「聞く・話す・読む・書く」のすべての言語機能に重度の障害が起きています。読み書きは強く障害されます。ほとんどの人が**右片麻痺**を伴っています。日常の挨拶や本人の状態などの質問は理解できることもあったりします

失行・失認・失語は「支え」ケアが大事 できる事、出来ないことを知る

大きく分けて5種類の失語がありますよね

- ④ **伝導失語**・・・聞いて理解する能力はあるが、字性錯誤(言葉の一部の言い誤り)が多く、誤りに気が付いて言い直そうとするため、発話の流れが妨げられる。漢字より仮名の方が障害されることが多いのですよ
- ⑤ **ブローカー失語/運動性失語**・・・聞いて理解する能力はありますよね。自分の思う事うまく話せないのですよね。仮名に比べると漢字のほうが読んだり書いたりできるのですよ。ほとんどの方が**右片麻痺**を伴います。**脳のブローカー領域の障害**による失語です
- ⑥ **ウェルニッケ失語/感覚性失語**・・・聞いて理解することが困難。なめらかに話せるのが言い間違い(錯誤)が多いですよね。仮名に比べると漢字の方が読んだり書いたりできる例が多いのです。**脳のウェルニッケ領域の障害**による失語です

なめらかに話せても、聞いて理解することができないことも

(ウェルニッケ失語)

失認・失行・失語と説明しましたが、人によって困難なことは異なりますよね。利用者さんや患者さんに直接聞いたり、動作やしぐさ、表情を観察しながら、具体的にどのようなサポートが必要で、何処までの支援が必要なのかを見つけていく必要があるのですよね。今持っている力を奪わないように、無理強いしないよう、尊厳や羞恥心を常に考えながらの支援ですよね。

例・・・失行を補うケアの例

スプーンを持ったまま止まってしまう

職員は、食べたいのに食べれない、自分で食べれないのだから、介助しましょう

スプーンの上に料理を乗せるまでを手伝い、その後の動きを観察して、どこで手が止まるのかを確認して、いつもの食事の様子を家族や職員と確認し、どのようなサポートが必要かを考えるのですよね

- ・認知症の人は、徐々に社会生活や日常生活に支障をきたすようになるが、すべての力が失われるわけではない。
- ・もっている力に着眼して、病態を踏まえて環境を整えることで自立した暮らしを支援していく必要がある。
- ・さらに、長い経過のなかで、持続的に機能が低下していくためその病態の変化に応じて看護も介護も変えていく必要がある。

だから、理解しておくことが必要なのです

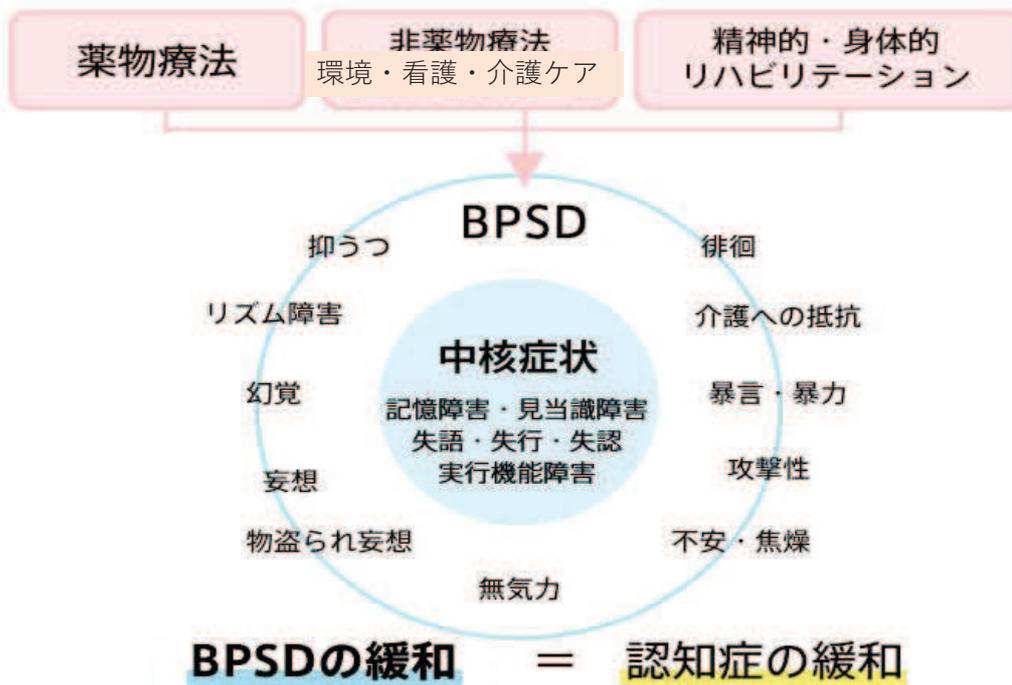
認知症ケアにおける倫理的配慮も4原則 ご存じですね

『自立尊重』『無危害』『善行』『正義』

認知症の方の尊厳を守り、適切なケアを提供するために重要な指針です



BPSDの緩和 ⇒ 認知症が緩和

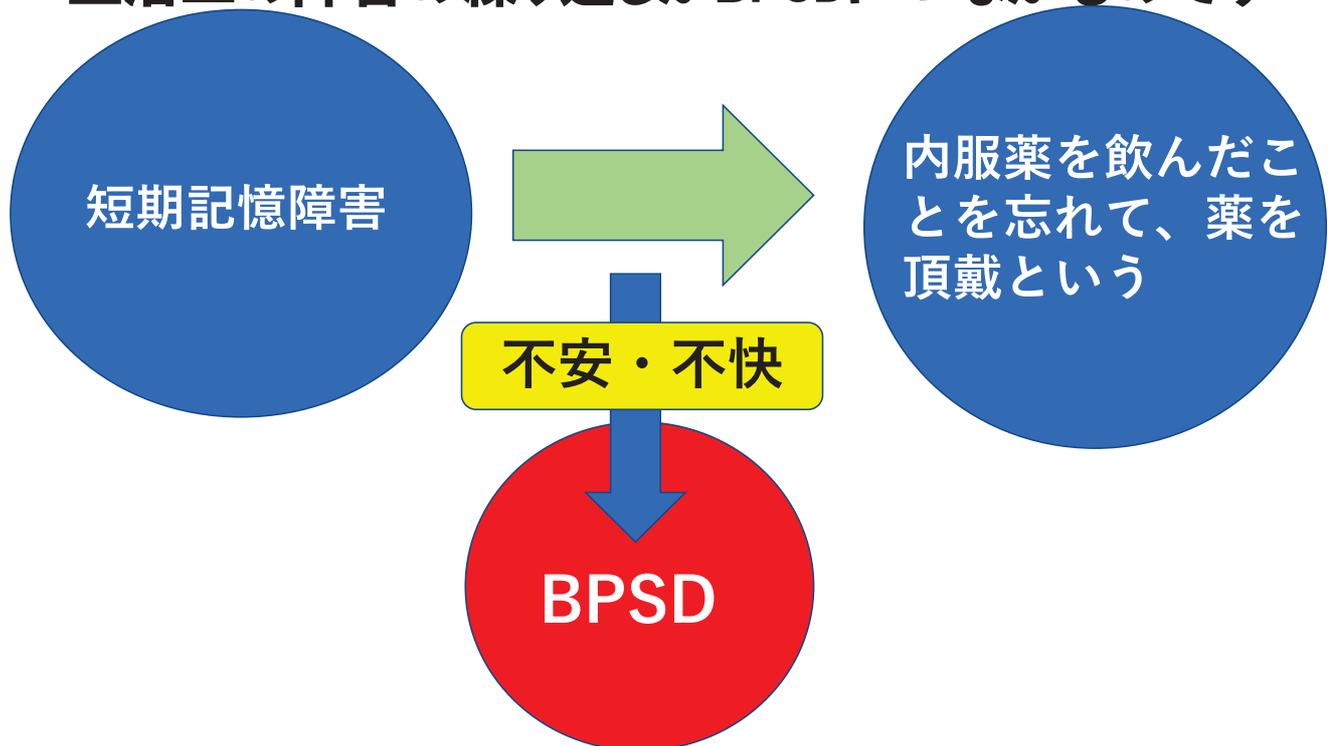


●薬物療法、
●非薬物療法（環境・看護介護ケア）、
●精神的・身体的リハビリテーションにより、BPSDの緩和を目指します。BPSDの緩和は、認知症の緩和に直接つながっています。

中核症状と行動・心理症状(BPSD)

- 中核症状の理解に際しては、『脳の障害によるものだからそのまま認めるしかない』・『認知症だから仕方ない』と、とらえるのではなく
- 『中核症状の出現は不可避であっても、その程度は認知症の人の体調や環境、周囲の関わりによって変わりうる』と捉えるべき
- 中核症状は認知症であればそのどれかがみられるが、BPSDは全ての認知症の人に出現するわけではない
- BPSDの、出現には環境要因がより強く関わっていると考えられる

生活上の障害の繰り返しがBPSDにつながるのです



つまり

- 身体や薬、物理的環境、職員や家族さんの関わり、本人の気持ちや価値観など、多面的に支援することが重要なのです
- 「薬をくださいという人にどう声かけをすると納得してもらえますか？」といったコミュニケーションでは、軽減は難しいのです。
だから → 重要なのはケアマネジメントなのですよね。
- 認知症 = BPSD ではなく！ 生活障害を適切にケアできないとだれでもがそうするであろう行動なのです

BPSDの緩和 ⇒ 認知症が緩和

- 認知症の疾患ばかりに注目すると、「何もできない」「時間がかかって仕方がない」と諦めばかりが先行し、何もやらせなくなってしまうがちですが、MMSEが0点であっても、歯ブラシやコップを一つずつ渡せば、自分で歯を磨き、うがいをすることができることがあります。このように、一部分を介助すれば一連の動作ができたり、あるいはゆっくりと待っていればできたりと、**持てる力を見極めることで、可能性を引き出すケアへと結びつけることができます**。その能力を維持・向上させることは、感情面の安定や人間性・社会性の維持・回復させ、自分らしい生活を送ることで、認知症高齢者の尊厳の保持につながります。

認知症の行動・心理症状の理解と予防・軽減の為の視点

- 皆さんはどのように考えておられますか？ 
- 自分たちは何を理解していないといけないと思いますか？
- リーダーとして、患者さんや利用者さんを観察しなければならないのでしょうか？
- それを、理解しておくにはね、認知症の中核症状を理解しておくことが必要なのですよね

今までの話題の整理

- 中核症状を知り理解すること
- 中核症状があることによって、どのような生活上の障害が生じているか観察すること
- 中核症状により生じる生活上の障害をケアする視点を持つこと
- BPSDが発症している原因を、多面的に理解したケアを行うこと
- 以上を踏まえBPSDに至らないような予防的なケアを考えること

BPSDの予防や軽減が最終ゴールか？

| 製品名 | メマリー | アリセプト | レミニール | イクセロン/リバスタッチ |
|-------------|---|--|---|------------------------------------|
| 一般名 | メマンチン塩酸塩 | ドネペジル塩酸塩 | ガランタミン臭化水素塩 | リバスタチミン |
| 販売会社 | 第一三共 | エーザイ/ファイザー | ヤンセン/武田 | ノバルティス/小野 |
| 発売年 | 2011年6月 | 1999年11月 | 2011年3月 | 2011年7月 |
| 作用機序 | NMDA受容体阻害薬 | コリンエステラーゼ阻害薬 (ChEI) | | |
| 薬理学的特徴 | 血中半減期が長い 健常人: 70h | 血中半減期が長い 健常人: 90h | APL作用 血中半減期: 8~10h | ブチリルコリン エステラーゼ阻害作用 血中半減期: 3h |
| 副作用 | 浮動性めまい 頭痛、便秘、傾眠 | 悪心 嘔吐、下痢 | 吐き気 嘔吐 | 適応部位 皮膚症状 |
| 効能 (重症度) | 中等度・高度 | 軽度～高度 | 軽度・中等度 | 軽度・中等度 |
| 剤形 | 錠剤、OD錠 | 錠剤、OD錠、細粒、ゼリー、ドライシロップ | 錠剤、OD錠、液剤 | 貼付剤 |
| 用法用量 | 1日1回20mg 5mgより開始、 1週ごとに 5mgずつ漸増 ChEIと 併用可能 | 軽～中等度: 1日1回3mg開始、 1-2週後5mg 高度: 1日1回5mgで4週間以上経過後10mgに増量 | 1日2回 8-16mg、漸増 最大24mg 16mgと24mgが 選択可能 | 1日1回 経皮 4.5-18mg、 漸増 |

アリセプト

- コリンエステラーゼ阻害薬
- 不安・無感情・妄想・うつなどを改善する
- 不眠・攻撃性が起こる
- 全ての重症度に使える(軽度～重度)
- 1日1回の内服(介護などの面でもOK)
- 半減期が長い(70～80時間)
- 1日飲み忘れたくらいでは効果は切れない
- 副作用が続くかも・・・
- たくさんの使用経験がある



レミニール

- コリンエステラーゼ阻害剤
- 基本的に元気にする作用
- APL作用
- 軽度～中等度の症状に使える
- 重症には使えない
- 1日2回の内服
- 2回も飲まないといけない
- 半減期短い(約10時間)
- 副作用が出た時に長く続かない
- 飲み忘れると切れる



リバスタッチ/イクセロンパッチ

- ・コリンエステラーゼ阻害薬
- ・作用が強い
- ・唯一の張り薬
- ・飲まなくていい(内服薬が多い人・嚥下悪い人向け)
- ・張り替え忘れても2～3日は効果が残る
- ・副作用
- ・皮膚のかぶれ(高齢者は皮膚が弱いため)
- ・アリセプト・レミニールより副作用が少ない



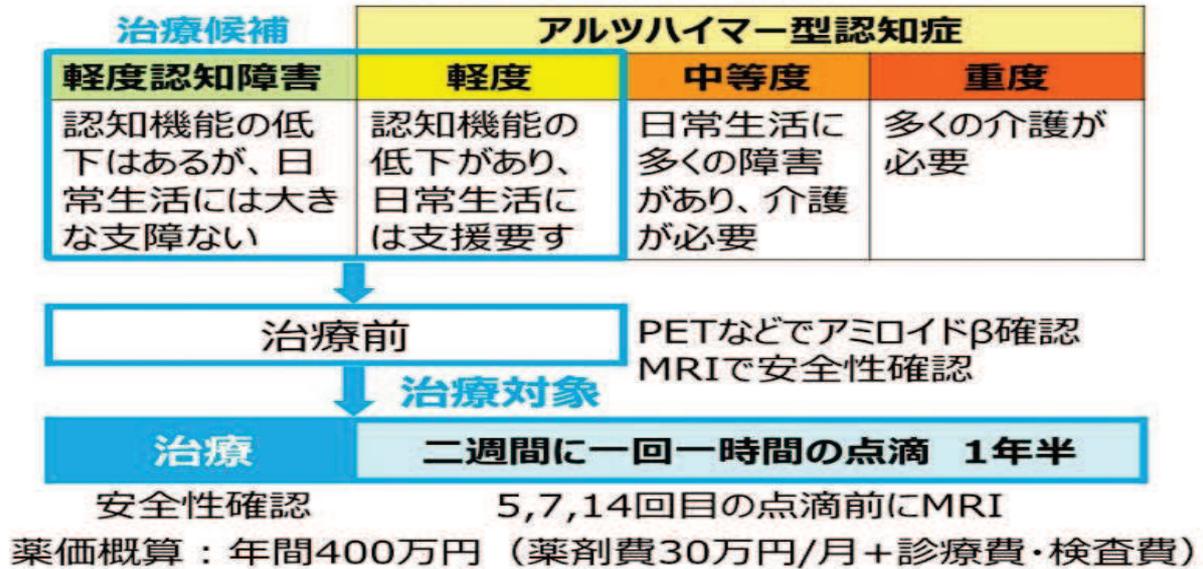
NMDA受容体拮抗薬

- ・メマリー(唯一の薬)
- ・落ち着かせる作用のある認知症薬
- ・代替りの薬がない(後発品なし)
- ・認知症の薬の中で過鎮静のリスクは低い
- ・1日1回の内服(半減期長い)
- ・6時間ぐらいで最大効果
- ・他の抗認知症薬と併用できる
- ・代謝が腎機能に依存する
- ・腎不全の患者さんには用量注意が必要



レカネマブ治療の対象と概要

アルツハイマー病



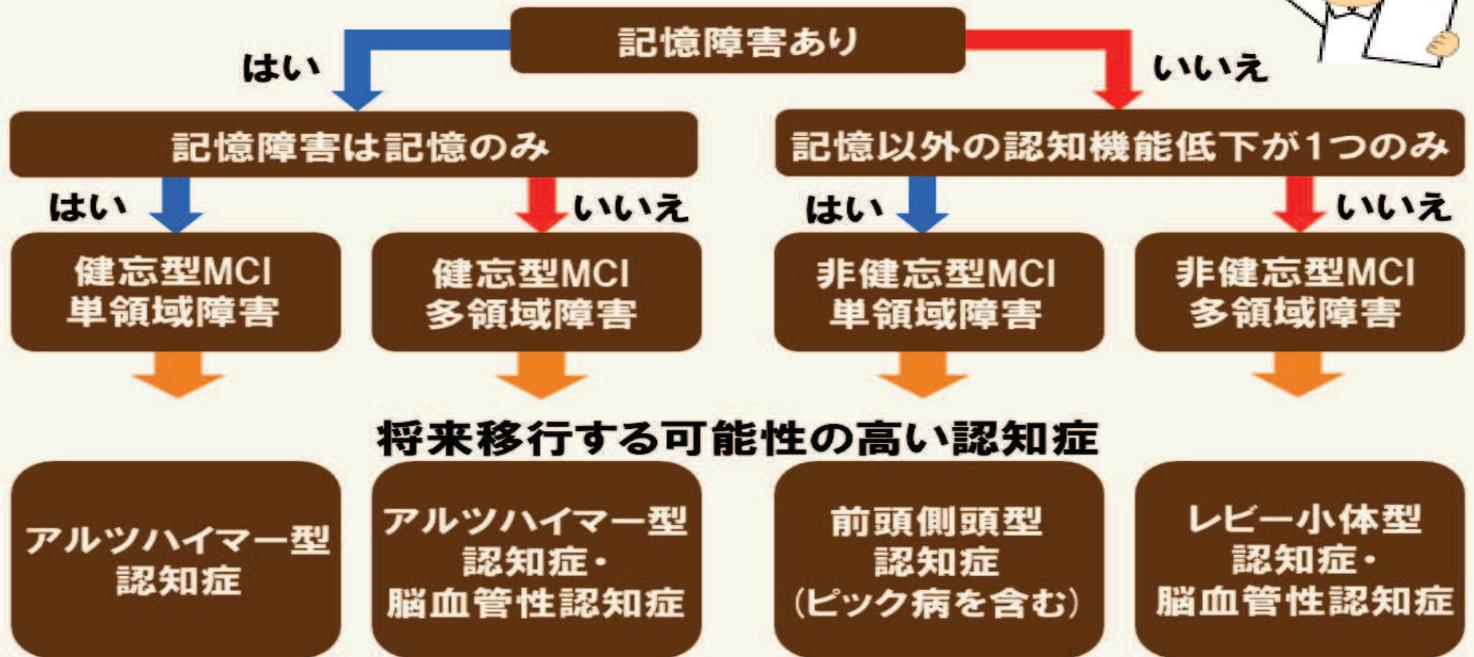
軽度認知症障害(MCI)とは

【軽度認知障害の定義】

- 以前と比較して認知機能低下がある
- 記憶、遂行、注意、言語、視空間認識の内1つ以上の認知機能領域における障害がある
- 日常生活動作は自立している
- 認知症ではない
- 血管性・外傷性又は薬物誘起性の原因がない
- 断続的な認知機能の変化がある
- アルツハイマー病に関連する遺伝子変異に一致する病歴がある

出典：認知症疾患診療ガイドライン2017より

MCI (軽度認知障害)



出典:Petersen RC. J Intern Med 256 (3): 183-194, 2004
日本内科学会雑誌 100 (8): 2109-2115, 2011

認知症のターミナルケア

- 自分についての洞察
- 自分のかかわりについて『なぜそうするのか』日々の点検作業を積み重ねる
- より良い旅立ちに向けてのコーディネート
“人間”らしさの保持および安楽なケアの提供
- 人間らしさの保持
終末期の認知症高齢者の場合を考えたとき

認知症の人の本質を捉えること、病態の理解

- ① 認知症が進行しても、その人の本質的な部分は変わらない。
- ② 看護、介護の対象は、認知症ではなく、認知症をもつ「その人」である。
- ③ 長年にわたって築き上げてきた価値観や信念、生活習慣等をもつ「その人」は、認知症になっても変わるものではない。
- ④ 認知症の人の変わらぬ本質に着眼し、彼らのもてる力を引き出し、自信や達成感、人との関わり合いの中で生まれる喜びを保つことができるようにする。



91

- ⑤ 認知症の人が自己の存在価値を感じながら、主体的な生活を営むことができるような支援が求められる。
- ⑥ しかし、かかわる者たちの認知症に関する理解不足から生じる誤解や偏見が、認知症の人の輝きやもてる力を奪ってしまうことがある。
- ⑦ 認知症は認知機能が持続的に低下していく病でもあるため、認知症の経過に応じた看護や介護が必要となる。
- ⑧ それゆえに、認知症の病態についても十分に理解を深め、その人の本質を見失わないようにする必要がある。



92

“惨め(みじめ)でない”

“苦痛がない”

“大切にしてもらえている”という3つのことが達成できて尊厳の保持につながります

人としての存在を認める 寝姿の美しさ

たとえ、生活を営むうえで全介助状態になったとしても、人間らしい寝姿や清潔が保たれ皮膚の状態や整容など、誰が見ても“大切にもらえている”とかんじられることは重要なことである

つまり、それはひとりの人間として存在を認められたことになるからです

そのようなケアの提供こそが寝たきり患者も含め認知症の社会性の保持につながるのです。

まとめ

- 的確なアセスメントができないと、安易に行動障害のレッテルを貼り、その結果、認知症の対する誤解も広げてしまう。
- 老年期は、それまで築き上げてきた**信念や価値観、経験、生活習慣、知恵を豊かにもつステージ**でもある。
- その人の長い歴史を現在の生活に反映しつつ、今を生きているのだという事を覚えておきたい。
- すなわち、一人ひとりの生活史を知る事も重要である。生活史をヒントに認知症のひとが得意なことを引出すことが自信と輝きを取り戻すきっかけになることがある。

- 老年期は、遠くない将来に死を迎えるステージでもある。
それゆえに、人生の締めくくりとしての終末期をいかに過ごし、その人が望むより良い生の終え方に向けた支援も重要になる。
- 看護、介護に際しては、加齢に伴う「**個体差が大きい**」ことを念頭におき、個々人の加齢変化を捉えるとともに、成熟過程としてのエイジングの視点から、その人の強みである「**もてる力**」に着目してアプローチしていく。
(自己自身のセルフケアを理解してください)
- 高齢者ゆえのリスク(老化と複合する病気像、不完全な回復、またそれらと闘い、自立した生活を営むには不足する潜在力と時間)をもった人々を対象とし、その個々人にふさわしい援助をすることである。

95

**私たちは、ケアを行うとき
その行為が正しいのか？
常に立ち戻る位置は、倫理の4原則**

その行為とは、私がやろうとしている事は・・・

1. 無危害(害を与えない)
2. 善行 (ためになること)
3. 公正 (公平・平等)
4. 自立尊重(自己決定)



私たちは

- 知識
- 技術
- 価値
- 態度



pixta.jp - 30530662