

ホームケアハンドブック

認知症の方の在宅介護

支え支えられる毎日が、ゆったり、いっしょに
たのしい日々となりますように



はじめに

超高齢社会を迎えたわが国において、「認知症」はもはや他人事ではなくなってきました。

こういった中、認知症への理解が少しずつ広まるとともに、認知症介護に対する意識の変化や、介護サービスの整備等、認知症に対する取り組みは徐々に進んでいます。

しかし一方、核家族化の進展や地域社会の変容をみると、認知症の人を介護されている家族を取り巻く環境は、厳しさを新たにしているのかもしれない。

認知症の人の介護には、認知症に対する正しい知識と理解の上に、ご本人に寄り添い、見守りその人らしい生活環境を整えていくことが大切です。

また、介護するご家族自身も心身の健康を大切にしながら、さまざまな協力や支援を受け、認知症の人と向き合っていくことが必要になってきます。

この度、認知症の人の在宅介護に必要な情報をまとめ、介護負担の軽減に配慮しながら介護を続けていただくために「ホームケアハンドブック：認知症の方の在宅介護」を作成しました。必要な箇所からお読みいただければと思います。

認知症の人とご家族が、ゆったり、いっしょに、たのしい日々となるための一助となれば幸いです。



京都市長寿すこやかセンター

目次

第1章 加齢現象と高齢者の病気

- 1) 「**齢**」をとること・・・ 1
- 2) **高齢者の病気の一般的な特徴** 1

第2章 精神科医師からのアドバイス [専門相談員 椿精神科医]

- 1) **認知症とはどんなものですか？** 3
- 2) **認知症にはどんな種類がありますか？** 7
- 3) **認知症の症状はどのようなものでしょう** 11
- 4) **どのような検査をして調べるのですか？** 13
- 5) **治療はどうするのですか？** 16

第3章 認知症の方のケアとは・・・

- 1) **認知症の方の世界って** 19
- 2) **寄り添うケアってどんなだろう** 20

第4章 先輩介護者からのアドバイス [(公社) 認知症の人と家族の会]

- 1) **まだら症状の認知症** 21
- 2) **物忘れ** 23
 - **「食べていない」** 24
 - **なくなった、盗られた** 25
- 3) **見当識障害・認知障害** 26
 - **外に出て行って帰れない** 26
 - **家に帰ります。帰らせてもらいます。** 27
 - **夜中にゴソゴソ** 28
 - **食べられないものを食べる** 29
 - **イライラ感・不安感** 29
- 4) **実際にはない音が聞こえる・物が見える** 30
 - **夜になると様子がおかしくなる** 31
- 5) **失禁** 32
 - **便をさわる・周囲に擦りつける** 33

第5章 若年性認知症

- 1) **若年性認知症とは？** 34
- 2) **若年期で認知症をかかえるということ** 34
- 3) **一人で抱え込まないで** 34

第6章 介護を一人で抱え込まないで

- 1) **認知症介護の大変さ** 36
- 2) **そして、家族ゆえの大変さ** 37
- 3) **介護者のからだの健康、こころの健康** 38
- 4) **こころの負担を軽くして、「わたしの介護ペース」を・・・** 38

第7章 参考

- 1) **相談窓口** 40
- 2) **介護保険法改正による介護予防の日常生活支援総合事業について** 43
- 3) **相談や受診前にまとめてみましょう！** 43

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

1) 「齢」をとること・・・

長い間、老年期は衰退の時期であると思われていました。しかし、昭和20年代に約50歳であった平均寿命は大きく伸び、男女共80歳を越えています（2015年厚労省）。65歳以降の人生は平均でも約20年にも及び、老年期は人生の4分の1を占める長さとなりました。この時期をよりよく生きることが、個人の一生の中で重要な課題となっています。

「歳をとること」を、医学的には「加齢」と言います。つまり、老化の過程です。人は50歳頃から小さな字が見えにくくなり、身体のところどころの機能が衰え始めます。脳の働きや精神作用の変化も徐々に進行します。しかし、その進行速度にはかなりの個人差があり、複雑なことを解決するための判断力や洞察力などは、逆に良くなったり、深くなったりすることもよく知られています。また、加齢とともに高齢者の心理状態は次第に変化していきます。自分の頼りにしていた配偶者や友達が亡くなったり、歳を重ねるごとに健康に対する自信を失ったりする方が多くあります。その上、収入が少なくなるなど経済的な問題を抱えると、不安や淋しさもいっそう募るようになります。

一般的に高齢者の心理的特徴として「怒りっぽい」「ひがみっぽい」「頑固」「無為・無関心」など、否定的側面ばかりが強調されます。しかし、ネガティブな感情というのは、老年期への適応の失敗を背景にもち、多くはそれまでの生き方の延長線上にあるもので、老年期だけの特徴とはいえません。また、意欲や活動性の低下も、健康状態・経済状態あるいは認知状態を反映していて、加齢の直接的影響ばかりとは言えません。老年期はそれまでの時期以上に、心身機能のあらゆる側面で個人差が大きいといわれ、高齢者の大半は円熟した老年期を過ごしているのです。

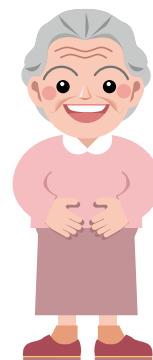
2) 高齢者の病気の一般的な特徴

高齢者は、病気にかかっても**自覚症状があまり出ない**ことが多く、**病気の症状がはっきりしない**ため、**見逃されやすい**ことも知っておく必要があります。

例えば、高齢者が肺炎にかかっても熱が出ないことがあります。胸の痛みがない心筋梗塞もよく見られます。急性盲腸炎（虫垂炎）でも腹痛がないこともあります。

また、高齢者の病気では、**症状が軽く見えても悪化していることがあります**ので、注意が必要です。さらに、**複数の病気をもっている**ことも多く、**経過が長引きやすい**のが特徴です。

そのうえ、**気候や外界の変化などの環境に症状が左右されやすく、一旦体調を崩すと、若年者に比べ体力の回復にかなりの時間がかかる**こととなります。



高齢者の観察のポイント

日頃から高齢者の様子をよく見て、聞いて、話しかけて、ちょっとした変化にも早く気づくことが大切です。これは、家族等周りの者が注意しあい、気づいたことはメモしておき、受診時に医師に報告すると参考になります。

- ①表情や話し方がいつもと同じか、機嫌はどうか
- ②観察とは、こちらから一方的に見るだけでなく、本人からの訴えに耳を傾けることも大切
- ③普段の状態を充分に知っておくことが、異常の早期発見につながる（状態をそれ以前と比べることができる）

表情

不快・苦痛・不安
ボーッとした感じ
生気がない など

意識

意識ははっきりしているか
呼び掛けに応じるか など

口

唇のしまり具合
よだれの有無
唇の色、口臭
舌のもつれ
言葉が出にくい など

眼

目の動き
視点が定まっているか
流涙 など

食欲

食べた量
食べる量の変化
嗜好の変化 など

咳・痰

乾いた咳
湿った咳
かすれた声
痰のからみ など

皮膚

皮膚のかさつき
(脱水症)
むくみ
湿疹 など

便・尿

回数・量・色
固さ・臭い
排便時の痛み
混入物の有無 など

体の動き

足のもつれ、引きずり
つまづき、ふらつき
転びやすい、手のふるえ
左右の差 など

その他

吐き気、嘔吐
寝汗、睡眠
体重の増減 など



先生から
お話し
いただき
ましょう！

1) 認知症とは どんなものですか？

医学的には、高齢者の器質性精神疾患の一つで、後天的で持続的かつ、人格水準の低下を呈する慢性の脳機能障害です。脳の器質的変化によるもので生活障害を伴います。(多くの場合不可逆です)

分かりにくいですねえ。もう少し説明してみましょう。



加齢とともに身体は徐々に変化していきます。目が見えにくくなったり、足腰が弱ったり、胃腸も消化能力が衰えて食欲が少なくなったり……。一般に「老化」という言葉を使いますね。身体と同じように、「脳」も老化します。なるべく身も心も元気でいたいものですが、「老いて行く」ということはやむを得ないことです。

「呆けにはなりたくない」と思っても、体の老化と同じように「脳」も老化して、様々なことが起きます。

脳そのものは、老化によって、①脳細胞が減ってきて②脳の血流が悪くなってきます。

①が進んで行くと脳が縮んで行きます。「萎縮」と言います。年を重ねると体も縮んできますね。同じことです。

②が極端な形で出るのが脳梗塞です。脳の血管が詰まって血液が行かなくなり、脳の一部分が働けなくなってしまいます。場合によったら体の一部が動かせなくなったり、言葉がしゃべれなくなったりします。そんなふうに目に見えなくても、動脈硬化で髪の毛よりも細いような毛細血管が、徐々に徐々に詰まって行って、脳の中が「虫食い」のようになってしまうことがあります。「多発性脳梗塞」(ラクナ状態)と言います。年を取ると手足も血流が悪くなって、冷えやすかったりむくみやすかったりしますが、脳も同じようになるのだと思えばいいでしょう。

さて、これらが徐々に進んで行くようになるか。
まずは、

(1) 記憶の障害が起きます。

これが強いといわゆる「認知症」で、すぐに見当がつきますね。認知症でなくても、加齢とともに記憶力が衰えて、物忘れが増えるのは当たり前。こういうのは「良性健忘」、あるいは「健忘症候群」。

一般の「健忘」と認知症による記憶障害の違いは、「全体記憶の喪失」ということで特徴づけられます。例えば、お昼ご飯に何を食べたか、「あれ、何やったかな？」というのは良くあること、「食べた」こと自体は忘れていません。ところが、認知症の人は「食べた」ということ自体を忘れて「食べさせてもらっていない」と言ったりします。「行為の全体」を忘れているのですね。「さっき食べさせたやないの!」と、トラブルになります。あるいは、「何回言っても忘れる!」と介護者がイライラしますが、「言われた内容」はおろか、「言われた」ということ自体を忘れているのです。ご本人に悪気はありません。それだけに介護する方には我慢が必要になります。

もう一つの特徴は、「逆行性健忘」と言いますが、つい今までのことを忘れてしまう。新しい記憶ほど抜けてしまう。よく「昔のことはよく覚えているのに!？」と家族の方が言われますが、染みついた古い記憶は抜け難いのに対して、新しい些細なことはすぐに抜けます。(この辺はアルツハイマー型認知症のところでも述べます。)

認知症の物忘れと普通の物忘れ

認知症の物忘れ

- 体験の全体を忘れる
- 新しい出来事を記憶できない
- ヒントを与えられても思い出せない
- 時間や場所などの見当がつかない
- 日常生活に支障がある
- 物忘れにたいして自覚がない

一般的な物忘れ

- 体験の一部を忘れる
- ヒントを与えられると思い出せる
- 時間や場所などの見当がつく
- 日常生活に支障がない
- 物忘れにたいして自覚がある

記憶にはもう一つ特徴があって、「感情を伴う記憶は残りやすい」ものなんです。これ自体は記憶の一般的な特徴で、認知症に限りません。しかし、例えば、アルツハイマーの人の場合、何らかの失敗をしてきつく叱ってしまったとします。叱られた内容は先の「全体記憶の喪失」ということで、すっかり忘れてくれます。ところが、叱った人に対する「この人は怖かった」という感情だけは残ったりし

ます。これは、介護する上では大変不都合なことです。つまり、叱った方が伝えたかったことは何も残らないのに、いやな感情だけが残るので後がやりにくくなって困ることになります。

ただし、これらの特徴を覚えておけば、逆にとることも出来ます。例えば、ショートステイ。前から言っておくと不安になるというのはよくあることですが、その日の朝に「これから行くよ」、「聞いてなかった」と言われたら、「何回も言ったけど忘れてはるのと違う？」なんてかわしてしまふ。騙しているみたいで罪悪感がありますか？でも大丈夫、ご本人に安心して過ごしてもらうためには、上手に演技するのも大事なことです。



安心して過ごしてもらうためには、上手に演技をするのも大事なことです。

さて、脳の変化によって起きることは、これだけではありません。

(2) 気分の障害

気分や感情のコントロールが苦手になります。特に脳梗塞の後遺症などに特徴的で、「情動失禁」と言います。泣き出したり怒り出したりすると、なかなかブレーキがかからない。感情があふれて止まらないという状態です。多くの場合、ネガティブな感情があふれます。それだけに本人も苦しいでしょうし、関わる側も苦労します。

また、うつ状態にもなりやすくなります。

うつ状態は、高齢者の5～6%に認められ、認知症の有病率と同じくらいです。

うつ状態になると集中力や記憶力、思考力などが衰え、自信を失って、本人も周囲も「認知症になったのではないか」と錯覚することもあります。(偽認知症)

しかも、高齢者のうつ状態は認知症の先触れであることも多く、放置するのではなく適切な治療や介護が必要です。

一方、認知症の人にもうつ状態はよく見られる症状です。特に認知症初期にはうつ状態が合併することも多く、そのために認知機能がさらに衰え、認知症の症状が悪化することもあります。

この「気分の障害」への対応は、認知症への対応の一つの鍵になると思います。「気分の良い状態」、あるいは「うつ的でない状態」を保つことにより、様々な行動障害を減らし、介護も少しは楽にしてくれます。

場合によっては、抗うつ剤や安定剤など、気分障害の治療薬を使用することも必要でしょう。



(3) 認知の障害

「認知」という言葉は「認知症」の略語のように使われてしまうようになりましたが、本来「認知」とは、様々なものごとや行為などを「これはこういうもの（行為）だ」と認識する能力のことです。

脳の変化が進んでくると、この「認知」の能力が衰えます。そこに、目が見えにくくなったり耳が聞こえにくくなったりという感覚器の老化が加わって、自分の周囲の状況を捉えにくくなります。

そのため、

猜疑心が強くなる＝被害妄想になりやすい、幻覚が出やすい

という症状になります。

幻覚は、「お経が一日中聞こえている」「電気のコンセントから何か変な信号がでている」といった幻聴、「光のたまが飛んでくる」「家に家族でない他の人がいる」というような幻視、「変なおいがする、毒でもかけられているに違いない」といった幻臭などがあります。

時には「小さな虫がいっぱい見える」（小動物視）ということもありますが、多くの場合、それは次項の「意識の障害」と絡んだせん妄によるもので、真の幻覚とはやや趣の違うものです。

これらの幻覚も、上記の気分の障害と同じように、介護上様々な問題を起こします。やはり、場合によってはきちんと薬を使うことが必要でしょう。

(4) 意識の障害・せん妄

「起きている」「寝ている」というしっかりとした意識（睡眠覚醒のリズム）を維持することも難しくなります。睡眠が取りにくくなり、些細なことで目が覚めたり、逆に昼間に妙に眠くてすぐに居眠りをしたりします。

また、いろいろなことに影響を受けて意識が変容し、「せん妄」という幻覚や妄想を伴う混乱状態になりやすくなります。原因は、些細な環境の変化であったり、発熱や痛みなど身体の不調であったり、服用している薬であったりといろいろです。

最近の睡眠研究では、「朝の強い光をしっかり浴びておくこと」が夜の入眠を改善したり、睡眠の質を改善すると言われています。

また、「昼寝」も必要と言われています。「夜寝られなくなっちはいけない」と一生懸命我慢する方もおられますが、昼食後、午後の1～2時頃に目覚ましをかけて最短15分から最長2時間程度まで、しっかり昼寝をした方が午後の活動を保ちやすい。1日の中に2回の活動サイクルを作るわけです。朝起きてから昼食までの活動、昼食後の一休みを挟んで、午後から夜までのもうひと頑張り。特に高齢になると夜間の睡眠は5～6時間程度と短くなりがちです。それを補うことも必要です。

夜間の不眠・昼夜逆転は、幻覚や妄想を悪化させたり気分を不安定にさせたりするため、家族が介護上の負担になる大きな問題です。だからこそ、意識してリズムを作る工夫をしなければいけません。

活動と休息のしっかりしたメリハリを生活の中に取り入れることが大切です。

特に認知症の方の場合、自分でそのようなリズムを作ることも難しく、また、自律神経バランスなども悪くなるが多いため、よりそのような必要性が高いと言えます。

(5)「精神の状態が身体の状態や環境に影響されやすくなる」ことも、加齢による変化の一つと言えるでしょう。

さて、脳の老化(器質変化)に伴う上記のような精神機能の障害、これらは認知症の患者さんに限らず、ほとんどの高齢者に幾分かずつは見られるものです。それが極端になって、生活に支障が出るようになった状態、これを「認知症」と呼びます。

上記の変化の様々な組み合わせによって、症状はいろいろに変化することになります。



気をつけていただきたいのは、いろいろ認知症のような症状があっても、**一過性で治ってしまう場合は、本来は「認知症」とは呼びません。**

2) 認知症にはどんな種類がありますか？

認知症は1種類ではありません。脳の障害のされ方によっていくつかの種類に分類されます。

大きくは、**変性性認知症と血管性認知症**とに分けられます。

前者は、前段で述べた「脳細胞そのものの減少」を原因とするもので、その代表は「**アルツハイマー型認知症**」です。そのほかにも「**レビー小体型認知症**」や「**前頭側頭葉変性症**」などがあります。

後者は、脳の血流低下や脳梗塞・脳出血などの脳卒中の後遺症によって生じるものが含まれ、「**脳血管性認知症**」と総称されます。

最近では「アルツハイマー型認知症」「レビー小体型認知症」「脳血管性認知症」の三つをあわせ、「**三大認知症**」と言います。ほかにもいろいろな種類の認知症がありますが、この3つで認知症全体の7~8割を占めると考えられています。

タイプによって対応や薬も変わることがありますから、どのタイプの認知症なのか知ることが大切です。まずきちんと診断を受けましょう。

以下に三大認知症を中心に、各々について少し説明してみましよう。まず一番頻度が多いのは、

(1) アルツハイマー型認知症です。

これは、脳の萎縮が、側頭葉、特に海馬という言葉や記憶を司るところで強く進んだものと言えます。症状は記憶の障害が中心で、特に記銘（新しいことを覚えること）が苦手になり、「昔のことは良く覚えているのに、最近のことになると5分前のことも忘れていて」という状態になります

我々の日常は、些細な記憶の積み重ねでできています。「今日は何曜日だから学校がある」「今日何日だから誰それと約束がある」等々。意識しようとしまいと、我々の日常は、こういう記憶の上に成り立っています。それが消えてしまうのですから大変です。「今何をしていたのか」「これから何をしようとしていたのか」、そんなことを考えないといけないとしたら！不安でパニックになることも想像できますよね。

アルツハイマーの人の様々な行動障害は、この不安の上にあるものだと考えることができませんか？

アルツハイマーは時間とともに徐々に進行します。進行が早い人もあれば、遅い人もあり様々ですが、「進行して行く」という事実は変わりありません。

進行とともに、精神的・知的な能力だけでなく、身体の機能も悪くなります。立てなくなったり、歩けなくなったり、ついには飲み込むことができなくなって食事がとれなくなり、寝たきりとなります。

昔は、「アルツハイマーは発病したら5年で亡くなる」と言われたものですが、今では介護の方法もすすみ、10年はおろか20年もお元気な方も少なくありません。

それだけ認知症と診断されてからも豊かな生活を送れる期間が延びたということです。しかし、介護の期間が長くなり、介護者の負担も増えているとも言えます。

それだけに、一人で抱え込まず、いろいろなサービスや援助を積極的に利用して、「おつきあいしていく」という姿勢が必要です。

次に頻度が多いのは、

(2) 脳血管性認知症です。これは、前記の通りの脳の血流の障害が引き起こす認知症です。

脳の画像の所見により、大きな脳梗塞によるもの、小さな脳梗塞が散在することによるもの、明瞭な脳梗塞ではないが慢性の循環不全があるものなど、いくつかのタイプに分けられます。

いずれのタイプも、症状としては情動失禁が見られたりうつ状態が見られたり、前段に述べた気分の障害や意識の障害が目立ちます。また、単なるうつ状態ではなく、「アパシー（無気力状態）」といって、思考が緩慢になったり意欲低下（自発性低下）が目立ちます。

また、おそらく脳の血流そのものがその時その時の体調に左右されるからでしょうが、症状は日により時間により、様々に変化することもあります。日内変動・日差変動と言います。

昨日はできたことが今日はできなかつたり、さっき分かったことが今は分からないという極端なムラができます。あるいは、同じ時間でも、できることとできないことの差が極端です。そのために「**まだら認知症**」とも言われます。

「できない、できないと言うから手伝っていたのに、気がついたら一人で勝手にやってる！ただの気分屋のわがままや！」と介護者が腹が立ってしまうようなことがままあります。あるいは逆に「できる、と思って油断していたら火を出してしまった！」なんていうこともあります。

記憶もムラがあり、「覚えている」と思っていたら忘れている。かと思うと、「どうせ忘れていだろう」といい加減に相手をしていると、よく覚えていて「いい加減にしろ！馬鹿にするな！」と怒り出してしまったりする。

しかも、気分のムラが大きいので、些細なことで不機嫌になったり、うつ病的になったりして、非常に対処に困ることがあります。

ムラが大きいのは身体機能にも表れ、さっさと歩けるときのがあるかと思えば、「立てない」と行動に難渋するときもあります。

本人もそういう自分の困った状態についてある程度自覚があることが多く、プライドと相まって、ますますイライラや不機嫌の元になります。

脳血管性認知症は、高血圧や糖尿病・高脂血症等の生活習慣病、あるいは不整脈や心筋梗塞などの心臓の病気が原因となります。認知症になってしまうと自己管理の能力が下がりますから、これら元々の病気も悪化しやすくなります。また、身体的に不調だと認知症の症状も悪化しがちです。

また、パーキンソン症状や仮性球麻痺（のどの反射の麻痺）を伴うことも多く、転倒や誤嚥を起こしやすいと言われます。

ですから、**内科的治療もしっかり継続し、体調を安定させることが必要**です。

アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症は重複することもあります。以前は「混合型認知症」として一つの診断があったのですが、最近は「両者が重複して、どちらが優位か」というとらえ方をします。例えば、「アルツハイマー型認知症に多発性脳梗塞による血管性の因子が加わっている」とか、逆に「脳梗塞後遺症による認知症だが、アルツハイマー的变化も加わっている」などです。

どちらが優位か、画像所見や症状を見ながら判断し、それに併せて治療も考えることになります。

これら二つに次いで頻度が高いと最近言われているのが、

(3) レビー小体型認知症です。

これも変性性認知症の一種です。以前はアルツハイマー型認知症と間違われることも多かったのですが、最近は知識も普及し正しく診断されるようになってきました。

症状としては、パーキンソン症状を伴うことが多く、生々しい幻覚（幻視）を訴えることが多いのが特徴です。初期には記憶の障害は目立たず、幻視とともに症状の変動・意識レベルの変動が目立ちます。そのほか、誤認妄想が多い、うつ

状態の合併が多い等と言われてています。

また、アルツハイマー型認知症に比べて薬物に敏感（薬剤過敏性）で、少量の安定剤でも非常に強い副作用が出ることもあり、注意を要します。

一方、抗認知症薬はアルツハイマー型認知症よりも少量で効果があることもあると言われてています。

パーキンソン病が進行すると認知症が合併することがあるのですが、本質的には同じ病気と言われてています。

そのほかの認知症としては、

(4) 前頭側頭型認知症（前頭側頭葉変性症）

前頭葉・側頭葉の機能の障害による認知症です。この認知症は一種類ではなく、いくつかの種類に分けられます。中では**ピック病**が有名です。記名・記憶の障害より、性格変化や失語症など、ほかの認知症には見られない特徴があります。三大認知症に比べると若い年齢（40～60代）での発病が多く、若年性の患者さんに限るとアルツハイマー型認知症に次いで多いとも言われます。

(5) 皮質基底核変性症（CBD）

大脳の特定の部位が侵され、上肢や下肢のこわばりやぎこちない動作が特徴。

(6) 進行性核上性麻痺（PSP）

やはり大脳の特定の部位が侵され、極端に転倒しやすくなり、眼球運動の障害を伴う。

(7) コルサコフ症候群

アルコール依存症や一酸化炭素中毒、頭部外傷の後遺症などで生じることがあります。

また、**本来認知症ではありませんが、認知症症状を呈する脳の疾患**として、

(8) 正常圧水頭症

脳の中（脳室）と脳を取り巻く空間の髄液という液体の流れが悪くなり、たまった髄液が脳を圧迫する。

(9) 慢性硬膜下血腫

頭を打ったりしたことをきっかけに、脳を取り巻く「硬膜」という膜と脳の間に出血し、脳を圧迫する。

これらは「手術すれば治る認知症」としてたびたびテレビ等で取り上げられているのでご存じの方も多いでしょう。

いずれも単独でも起こりますが、本来の認知症と合併して認知症症状を悪化させることも多く、注意を要します。

先にも述べましたが、認知症のタイプによって対応が異なることも薬が異なることもあります。

「認知症かな？」と思ったら、まずはきちんと診断を受けましょう。

3) 認知症の症状はどのようなものでしょう

基本的な症状については、P3～P7で述べたとおりです。ここでは少し違う面からお話ししてみましょう。

認知症の症状というと、すぐに頭に浮かぶのは、「物忘れ（記憶障害）」です。これはもちろん認知症の中心的な症状として大事なことですが、介護するものが忘れてはならないのは、

認知症とは 人格全体の障害である

ということです。

知的能力だけでなく、性格が変化したり、考え方が変化したり、人に対する接し方が変わったり、その人の**人となりの全体にゆがみが生じてきます**。もちろんそれは突然ころっと変わるのではなく、徐々に徐々に、変わらない部分もあり、変わる部分もあり、そのために介護するものは「こんな人やなかったのに」と苦しめられることとなります。

認知症の症状は「**中核症状**」と「**行動・心理症状 (BPSD)**」とに分けて語られます。「認知症」というものそのものが伴う不可欠の症状が、「中核症状」で1) P3～P6で述べたものがそれです。

それに対して、「認知症」というハンディを抱えることによって引き起こされてくる二次的な症状を「行動・心理症状 (BPSD)」と言います。

例えば、物忘れを合理化して自分が傷つかないように「盗られた」と妄想が出現したり（物盗られ妄想）、自分の家がどこか判からず「帰る」と徘徊をしたり、暗くなってくると不安が亢進して眠れなくなり、興奮してしまったり（夕暮れ症候群、夜間不眠、昼夜逆転）、といった症状がそれです。引きこもりや、何かにつけて「面倒だから」と入浴もしなくなったりすることもこちらに含まれるかもしれません。

もうおわかりですね。いわゆる「**行動障害**」と言われるような症状が、おおむねBPSDに当たります。家族・介護者が多く苦しめられるのは、主としてこれらBPSDに原因があります。

先に述べたように、「人格全体の障害」である認知症は、見ている介護者もつらいものですが、病んで行く本人もさぞかしつらいことだろうと思います。「分からなくなっていく自分」「出来なくなっていく自分」、もっと言ってしまえば、「壊れて行く自分」を感じながら、「何とかしなくちゃ！何とかしなくちゃ！」と苦悶・苦闘してしまう。

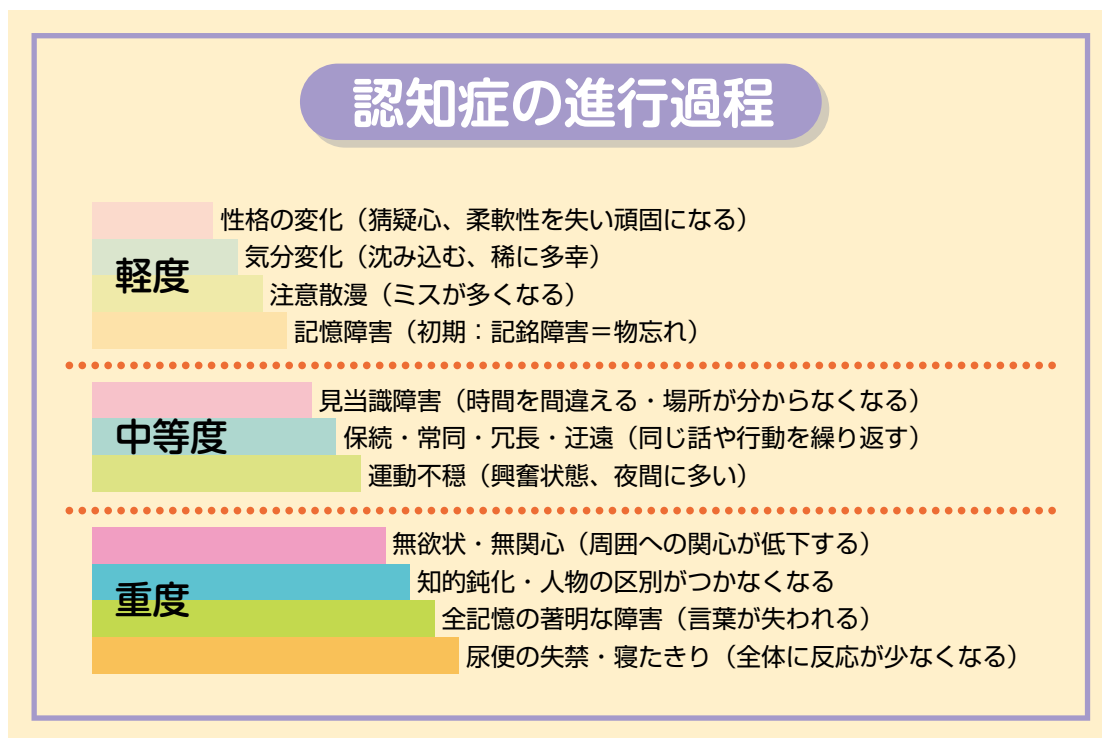
ガンの末期の、モルヒネを使っても和らがないような激しい痛み、それを「魂の痛みだ」と表現された方がありました。認知症を抱え、苦悶する患者さんたちの姿は、私にはそれを思い起こさせます。（こんな表現は、感情移入しすぎかもしれませんが。）

その、苦悶・苦闘の中にBPSDが出現する。

ですからBPSDは、認知症の初期から中期にかけて激しく、認知症が進行していろいろなことが分からなくなり、いろいろな表現も出来なくなると、自然に下火になることが多いものです。

このような行動障害の激しい時期を「混乱期」と総称します。その長さはいろいろで、程度もいろいろ。粛々と認知症を受け入れ、穏やかに過ぎて行く方もありますし、プライドにかけて必死に格闘するため、混乱も長引いてしまう方もおられます。

アルツハイマーの場合には、大体進行にパターンがあり、軽度の物忘れから始まり、様々な見当識の障害、失認や失行の出現と進んで、最終的には寝たきりとなります。下の表を参照してください。



脳血管性認知症の場合は、進行も一定のパターンというのがありません。よく「階段状に進行する」なんて言われますが、どこかで血流不全を起こすたび、ガタッガタッとレベル低下します。（先ほどのアルツハイマーの表はわかりやすいように階段状ですが、実際には徐々に徐々にずるずる下がって行きます。）

一方で、介護する家族の心にも多くの場合、様々な波紋が生じます。

「何でうちの人が！」「何でうちの親が！」という受け入れ難い気持ち（否認）から、「もっとできるはず！」「まだまだ大丈夫なはず！」と本人に無理強いをしまったり、失敗をとがめて叱りつけてしまったり。「訓練しなくては」と、発病した奥さんに、毎朝、新聞の記事のまとめを強制したご主人がありました。

中には、「否認」を乗り越えて、「怒り」を向けてしまうご家族もあります。そこまで行くといわゆる「高齢者虐待」になってしまいます。

でも、このような行為は、本人をさらに追いつめるようなことになり、往々にしてBPSDも、そして認知症そのものも悪化させてしまいます。

また、逆にBPSDに振り回されるうちに、ご家族が不眠やうつ状態になってしまうこともあります。

こうして書いていると、ずいぶん暗い話のような感じになってしまいます。しかし、実際には、泣いたり笑ったりしながらの日々になります。思わぬ症状に泣かされることもあれば、意外なひょうきんさに笑わされることがあるものです。

いずれにしろ、これは覚えておいてほしいのですが、

認知症の症状は変わっていきます。

今苦しめられている症状が、未来永劫続くわけではありません。認知症の進行とともに変遷し、やがてゆっくり終末へと向かって行きます。

肝心なことは、あわてないこと、焦らないことです。

4) どのような検査をして調べるのですか？

認知症の診断のために受診したらどんな検査をされるのだろうか、それは結構患者さんや家族にとっては気になることのようにです。実際には、特別な場合を除き、大したことはしません。

まずは、予診です。家族歴、生活歴、職歴、生活状況、病歴（特に最近の通院状況や服薬状況）、そして受診に至った病状の経過等について、詳しく話を聞かせてもらいます。

次に問診です。予診の情報をふまえながら、ご本人や付き添いの方にいろいろな質問をさせてもらい、認知症の可能性があるかどうかをまず吟味します。



そこで、「これはやはり認知症の可能性がある」となると、多くの場合、長谷川式（HDS-R）の検査（15 ページ参照）をします。これは簡易式の認知症検査で、日本ではもっとも一般的に行われているものです。MMSE やコース立方体組み合わせテストといった、そのほかの簡易型の知能評価テストを行うこともあります。

多くの場合、認知症かそうでないかは、この時点まででほぼ診断されます。後は、「どのタイプの認知症か」ということが問題になります。

そこで次に行われるのが「画像検査」です。脳がどうなっているのかを X 線や MRI で見る検査です。

いずれも脳をいろいろな角度から輪切りにした画像を撮り、脳の萎縮の有無、脳梗塞やその他の脳内病変がないかを見ることができます。

特に MRI（頭部 MRI-CT）は、X 線による CT 検査よりも多発性脳梗塞など詳細な病変をとらえることができ、最近では MRI が行われることがほとんどです。しかし、X 線 CT に比べて時間がかかり、狭いお釜に頭を突っ込んで「どんどん」という大きな音に 15～20 分間耐えなくてははいけませんから、患者さんの不安が大きいとパニックになってしまいます。

ほとんどの方が受けておられるのはこの程度までです。

しかし診断が困難な場合、大学病院の診断センターなどですと、PET や SPECT といった脳血流や脳の代謝を測る検査を行うこともあります。

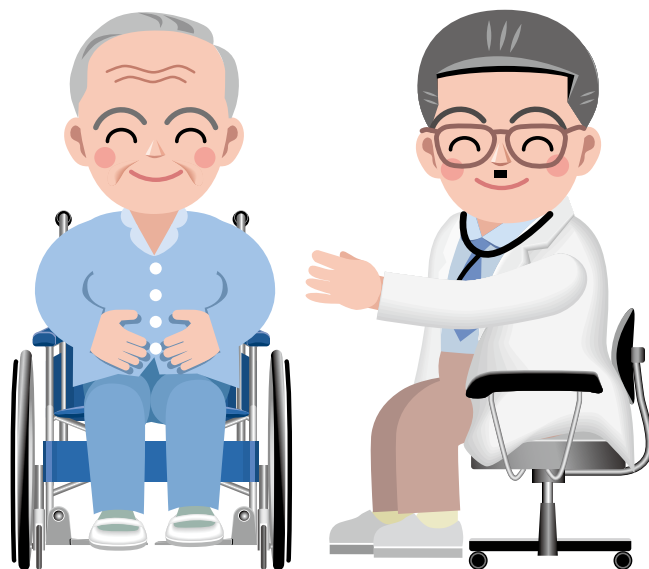
実際のところ、認知症の種類確定には、脳の実質そのものを検査してみるしかありません。もちろんそのためには、亡くなってから解剖をして・・・ということになります。ですから、我々が「診断」しているのは、「アルツハイマーである可能性が高い」とか、「脳血管性認知症の可能性が高い」という、「可能性（確からしさ）」の診断です。様々な検査をすることで、その「確からしさ」をあげていくことはできますが、「確定」に至るものではありません。

また、1回きりの検査や診察だけでは診断できないこともままあります。「うつだろうか」と思いながら治療していたら、やっぱり認知症だったということもよくあります。こういう場合、「経過を見ることによって診断する」ということになります。

私はこういうとき「治療的楽観主義」と言っているのですが、「良くなるだろう」という方向で抗うつ剤を処方してみたり、環境調整の工夫をしてみたりすることを優先します。認知症に限らず、精神科一般的に、治療者や介護者が楽観的な方が治療成績が良く、悲観的な方が治療成績は不良です。

さて、「検査」や「診断」は大切ですが、**「何のために検査をして、何のために診断するのか」ということのほうが、本当は大切です。**つまり、それから後のその人、その家族の生活や介護の仕方、いろいろなサービスの利用などの参考になるように診察や検査はあるべきです。

たくさんの検査や大きな病院での特別な診察は、本人の不安を高め、混乱や症状の悪化を引き起こしてしまう場合があり、最初に述べた問診と簡単な検査、CTかMRI程度の画像検査で「大方このタイプの認知症だろう」というところまで診断がつきますので、多くの場合検査としてはそれで十分と思われれます。



改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

(検査日: 年 月 日) (検査者:)

氏名:	生年月日: 年 月 日	年齢: 歳
性別: 男・女	教育年数 (年数で記入: 年	検査場所:
DIAG	(備考)	

1	お歳はいくつですか? (2年までの誤差は正解)				
2	今年は何年の何月何日ですか? 何曜日ですか? (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)		年	0	1
			月	0	1
			日	0	1
			曜日	0	1
3	私たちがいまいるところはどこですか? (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか? 病院ですか? 施設ですか? のなかから正しい選択をすれば1点)		0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えていてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自転車			0	1
				0	1
				0	1
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は? それからまた7を引くと? と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)		93	0	1
			86	0	1
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2, 3-5-2-9を逆に言ってもらおう。3桁逆唱に失敗したら、打ち切る)		2-8-6	0	1
			9-2-5-3	0	1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a: 0	1	2
			b: 0	1	2
			c: 0	1	2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0	1	2
			3	4	5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待ってもでない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点			0	1
				3	4
					2
					5

<判定> 最高点 30点 合計得点
 21点以上……非認知症
 20点以下……認知症

5) 治療はどうするのですか？

2011年、新しい認知症の薬が相次いで発売され、マスコミを賑わせました。

これまではドネペジル（商品名：アリセプト 以下同）一種類しかありませんでしたが、ガランタミン（レミニール）、リバスチグミン（イクセロン・パッチ、リバスタッチ・パッチ いずれも貼付剤）、メマンチン（メマリー）という3種類（4商品）が発売され、またドネペジルにはジェネリックも登場したため、選択の幅が広がりました。

いずれもアルツハイマー型認知症の薬です。（一部の薬はレビー小体型認知症にも適応が認められましたが、今のところいずれもほかの認知症に対しての有効性は認められていません。）

幅は広がりましたが、ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミンという3種は、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤という基本的には同じ働きの薬です。それぞれに特徴はありますが、互いに併用はできません。メマンチンのみは作用の仕方が違うのでほかの薬との併用が可能です。

間違えてはいけないのは、どの薬も「アルツハイマー型認知症を治してしまう」という薬ではないということです。「進行を遅らせる」というだけです。しかも、症状の進行は遅らせることはできますが、「脳そのものの病的変化が進んでいくこと」は、今のところ止められません。

しかし、飲む意味がないわけではありません。服用することにより進行がゆっくりとなり、本人も不安が軽減し、時にはBPSDが減少し、少しでも長く安定した生活が送れる可能性があります。

逆に興奮しやすくなったり落ち着かなくなったり、あるいは、食欲不振や吐き気などの副作用が出ることもあるので、十分注意してください。

貼り薬の場合、前回のもののがし忘れに気をつけて下さい。薬を飲みすぎるのと同じで、副作用が出るおそれがあります。

これらの薬はかかりつけの医師でも認知症を少し知っておられれば処方していただけますので、**遠慮なく相談して、ご本人の様子を見ながら試してみるとよいと思います。**

繰り返しますが、**「これで治る」という期待をして、「薬さえ飲ませておけばよい」と勘違いしてはいけません。薬は介護上の「補助」と心得て、デイサービスなどを利用し、本人の残存能力に働きかける場を用意してあげてください。**

それ以外には、BPSDに対する対症療法として、睡眠障害に対して睡眠導入薬、うつ気分を改善させたり気分の安定を図ったりする目的で抗うつ剤や気分安定薬・抗精神病薬などが使われることがあります。

最近の向精神薬の進歩はめざましく、副作用が少なく効果の高い薬がたくさん認可されるようになりました。しかし、これらもあくまで対症療法であり、認知症そのものを治すわけではありません。

しかも、認知症高齢者にとって向精神薬の使用は、転倒や誤嚥のリスクを増大させ、長期的に見ると不利益（生命予後を悪化させる＝寿命を縮める）と報告されています。

使うとしても慎重に、少量・短期間、ほかに方法がないときのやむを得ない手段と考えるべきでしょう。

これら向精神薬を使うときは、かかりつけ医から専門医を紹介してもらう方がよいかもしれません。

そのほか様々なサプリメントやハーブなどが取りざたされていますが、いずれも科学的根拠が十分なものではありません。高額なものもあるようです。弱みにつけ込む商売のような気がします。

軽々しく飛びつかず、家族会などで経験者からいろいろ意見を聞いてみると良いと思います。それらを参考に、ご自分自身の判断で決めていただくしかありません。

よく「こうすれば認知症は治る！」なんてタイトルの本があったりします。こういうのを見ると、「何かすごい治療法があるのではないか」と期待してしまいますね。しかし、残念ながら、「認知症そのもの（認知症の中核症状）」を治す治療法は現在のところありません。

他の治療法はどうでしょう。

デイサービス等を利用すると、音楽療法や回想療法が行われることもあります。最近は「セラピー流行り」ですから、「アロマセラピー」「アニマルセラピー」「園芸療法」・・・何でも「セラピー」で、かなり「眉唾」なものもあります。

実際には、特別に「〇〇療法」とついていなくても、デイサービス等の中で行われる様々な「お遊び」や「ゲーム」「お喋り」の類全体が、そのような治療をある程度意識して行われています。

これらはいずれも、「残存能力（残っている力）」に働きかけて、その人の記憶を少しでも取り戻させようとしたり、気分の安定や意欲の改善に役立てようというものです。

しかし、いずれも「これが絶対」というものではありません。合う人も合わない人もあります。効果も、人により様々です。

じゃあ、なぜ、「認知症は治る」などと言われるのか。

実は、ここで「治る」と言われているものには二通りあります。

まず一つ目は、本当は認知症ではない、でも認知症の症状がある病気。例えば、甲状腺機能障害であったり、老人性のうつ病であったり、あるいはある種のせん妄など。最初の項で述べたように、高齢化して心身が不安定になるのは認知症の患者さんに限りません。何らかの理由で「認知症症状」を呈することはよくあることです。このような場合、本来の病気が改善すると「認知症症状」も改善され、一見「認知症は治った」と見えることとなります。

もう一つは、認知症は認知症だけど、激しかった症状が安定して改善したという場合。先にも述べたように、BPSDと言われる症状は、往々にして激しい行動障害として表れます。しかし、それは「認知症という障害を抱えて生きていくための葛藤の表現」と考えれば、適切なケアや治療により緩和させたり安定させたりすることができます（もちろん全てがではありませんが）。この場合も、激しい症状が落ち着くと一見「認知症が治った」ととられることがあります。

逆に、認知症を悪化させる要因は明らかです。つまり、**気分を不安定にさせたり、人と交流のない引きこもりの状況に長期間おいておくと、認知症はほぼ確実に悪化します。**「廃用性認知症」というのがあるくらいですが、「みっともない」と閉じこめて一日一人



だけの空間にいるような状態に置いたり、「訓練しなくては」と、「本を読め！新聞を読め！」などと責め立てたり、失敗をなじって言葉を荒げたりするようなことを続ければ、確実に悪化するでしょう。

治療やケアを考えると、そのことを逆に考えていくのがよいのではないのでしょうか。要するに、「気分良く」「安定した気持ちで」「一人にならないように」ということに配慮するということです。デイケア、デイサービスなども「〇〇療法」等にとらわれず、その人その人がどれだけ気分良く、落ち着いて時間を過ごせるかという観点で選ぶのがよいように思います。

さて、長々述べてきましたが、これで終わりです。

最後に、介護する方に知っておいてほしいのは、「**認知症の症状は必ず変化していく**」「**混乱や行動障害も必ず収まるときがくる**」ということ、そして、「**症状が激しいときは家族も苦しいが、本人も相当苦しんでいるのだ**」ということ。

本人も一人っきりはいけません、家族も「自分たちだけ」ではいけません。介護者の疲れやイライラは、本人の病状を不安定にさせます。「鬼のような顔をして介護はできない」と述べた先生がおられました、その通りです。

どうせ介護するなら、後で「見てよかったな」と思える介護をしましょう。そのためには、**家族も本人も閉じこもらないこと、仲間をつくること、それが大事です。**



1) 認知症の方の世界って

「もし、自分が認知症になったら、何もかもわからなくなって、何をやりだすかわからない。家族にどんな迷惑をかけるかわからないからなりたくない」こんなふうに感じている方が多いのではないのでしょうか。

しかし、近年、何もわからないと思われていた認知症の方はいろんな不安や恐怖を感じながら過ごしておられることがわかってきました。

「底なし沼に引き込まれる」「暗い穴に落ちていく」「何かが消えていく」
「最近おかしくなってきた」「自分が自分でなくなっていく」

言葉にはならなくても、不安そうな行動や、心身の不調、まとまりのない行動で表現される方もあります。

認知症は脳の障害からくる病気です。しかし、脳のすべての機能が壊れてしまうのではなく、記憶の一部が障害されたり、物を認識する力が落ちたり、ある行動を起こせばどういう結果になるだろうと予測する力が弱くなったりするのであり、それも日によってははっきりしているときもあれば、そうでないときもあります。



**記憶障害や認知の障害があるほかは、
私たちとなんらかのわからない人なのです。**

物盗られ妄想はどのようにして起こるのでしょうか？

認知症の方は自分自身で忘れっぽくなっていること、自分が以前と違ってきていることをなんとなく感じておられることが多いのは先ほど述べました。それでも自分のことは自分でしょう、家族やご近所には迷惑はかけまいと努力されます。大切な物を失くさないように普段とは違う場所（ここなら誰にも見つからないと思う場所）に片付けられます。ところがしばらくすると「いつもと違う場所に片付けた」その出来事全体を忘れてしまうので（記憶の障害）、それを使いたいときに普段置いていた場所を探しますが、当然見つかりません。家族を巻き込んで必死になって探したところ、普段と違う場所から大切な物が出てきます。しかし、どう考えても自分がそこへ片付けた記憶はありません。そんなことが日常生活の中で何度も起こってくると、誰でも不安で仕方なくなってきます。自分は絶対そんなところに置いていないのに、変な場所から出てくる、もしくは見つからない。そのような出来事が続くと、誰かが盗んだのではないだろうかという発想がでてきてもおかしくありません。そして、いつも介護をしてくれている家族やヘルパーさん、時にはお世話をしてくれるご近所の方に「あんたが盗ったのだろう」と言い出されることがあります。これが物盗られ妄想が起こる一つの経過です。

**決して困らせようとしているのではなく、
認知症の方の中で、それが一番納得のいく思考の流れなのです。**

2) 寄り添うケアってどんなだろう

物盗られ妄想のある方に妄想の対象者になっている介護者が「私は盗ってない」「毎日介護してあげているのに、どうしてそんな悲しいことを言うの」と説明しても、おそらくその方は納得しないでしょうし、むしろ余計に興奮され介護関係がうまくいかなくなることもあります。

先ほどの物盗られ妄想の例では、その方自身が「最近自分が忘れっぽくなっていること」に対する不安、日常生活で理解不能なことが起きている不安を抱えておられました。

寄り添うケアとは、介護する側がその方にそのような不安があることを理解し「**不安だね**」「**怖いね**」でも「**ちゃんと知っているよ**」「**私たちはここにいるよ**」ということを言葉や態度で伝え、安心できる環境を作るかかわりです。

「自分が自分でなくなっていく」そんな不安を支えられるのは、人と人との結びつきです。毎日の介護でクタクタになり、そんな心の余裕がない介護者も多くおられると思います。そんなときは介護サービスを利用したり、介護の苦労や愚痴を語る場に参加しましょう。気持ちも身体もリフレッシュし、1分でも**温かく**見守ってあげられるゆとりが、認知症の方を安心させる何よりも大きな力になるのですから。



ここでは、「(公社) 認知症の人と家族の会」からのアドバイスとして、様々な症状や行動に対する介護上の工夫のあれこれを「こんな対応してみました!」と「介護のポイント」をご紹介します。

介護を長く続ける上で、介護者の方が上手に息抜きをされることもとても大切なことです。一人で頑張ろうと抱え込まないようにしていただきたいと願って、先輩からの一言をお送りします。

1) まだら症状の認知症

主に脳動脈硬化、多発性脳梗塞、脳梗塞、脳出血などの脳血管障害の後遺症による認知症の場合によくみられる症状です。

何もかも分からなくなるのではなく、生活の中で身につけていることなど、部分的にはしっかりとしたところが残っているのに、直近の出来事は覚えられないというように、しっかりとしたところとおかしなところが入り混じるような認知症の症状を「まだら」状態と呼んだりします。

初期のころには社会性や外見が保たれ、人格の崩れを感じさせないので、家族や身近な人にしか変化がわからないことがあります。

たまに来る親戚の人にはきちんと対応できるので

周囲の人にわかってもらえない・・・

認知症の人が家の中で、様々な混乱を引き起こし、些細なことで怒鳴る、以前から頑固な人だったが最近はずっと頑固になり、本来の性格が年をとってよりひどくなったのか、病気のためなのか、家族はどう対応していいかわからない。デイサービスやリハビリのためにデイケアに行っても人との輪に入らないなど、付き合いにくさを感じさせます。

一方、近所の人と会うと「いつもお世話になってます」「若い者がご迷惑をかけたりまして・・・」などと、その場その場は以前の通りの対応ができ、たまに来る親戚の人に対してもきちんと対応できるように、日常の大変さを理解してもらえず、介護者は苛立ち、精神的にも肉体的にも疲れ果てます。

穏やかな性格の人でも、天気が変わる時や夕方になると急に顔つきが変わり、介護者に食ってかかり、興奮状態になり、対応に困ることがあります。一日のうちでもいつ具合が悪くなるかわからないので、四六時中目が離せず、介護者は見守りに疲れてしまいます。

認知症の人自身には病気であるという認識(病識)がなかったり、うすうす以前の自分とは何かが違うと思っていたりしても、そのことを認めたくないために、受診やサービスを拒否するなどお付き合いがしにくく、他人の支援が受けにくいために介護者が疲れてしまいます。

その他、本人の生活歴や介護者との関係など心理的な葛藤が原因で起こる被害妄想のような行動障害に振り回されることもよくあります。急に落ち着かなくなった時には、身体の調子が悪くないか、便秘で苦しんでいないか、糖尿病や高血圧などの持病が悪化していないか、睡眠薬や安定剤の副作用ではないかなどを考えてみましょう。



こんな対応してみました！

- 認知症の人が苛立ってきたら、介護者はしばらく席をはずし、深呼吸をして気分を変えて、にっこり笑いかけながら話したら落ち着かれました。
- あまりくっついて介護していると振り回されます。今日はもう疲れた！認知症の人が入ってこない**家族の逃げ場**をつくり仮眠をとったり、ゆっくりとお茶を飲んだりして、気分転換をしました。
- **被害妄想からくる激しい言動**をする認知症の人に、本人の苦しかった過去の生活歴を知っている娘さんが心底やさしく対応されたところ、その娘さんと一緒に時には穏やかに過ごされました。
- かかりつけの内科医から処方された**睡眠薬、精神安定剤などが認知症の人には合わず**、効きすぎてふらついたり、逆に興奮したりしたので、認知症の人への対応経験が豊かな専門医に相談して薬の処方をしてもらいました。
- デイサービスを利用しようと思って、見学に行き本人を説得しましたが「**自分はどこも悪いとこはない、こんな年寄りばかりのとはいかへん**」と応じてもらえませんが、本人の得意なこと（お習字など・・・）をデイサービスで「教えてほしいと言うてはるえ」などと上手に誘ってもらえたら、利用できるようになりました。ケアマネジャーさんや施設の相談員に相談してみてください。
- あまり先のことを考えるとよけいに辛くなります。**今日一日、明日一日のことを考えて乗り切るように努力しました。**
- 現状を理解し、**励まし合い、助け合ってもらえる仲間との交流**をもちました。



介護のポイント！

- 1) 認知症の人は混乱しやすくなっているので、介護者が本人のできることとできないことをよく見極めて、できるところは最大限活かしてやってもらい、できないことを手助けするように配慮しましょう。
- 2) 認知症の症状が「まだら」であるため、誤解を受けやすく、トラブルのもとになることもあります。介護者が病状を正しく理解し、時には説明する必要があります。



2) 物忘れ

物忘れには、「加齢」によって誰にでも起こるものと、「認知症」の症状として起こる記憶障害があります。

「加齢による物忘れ」

たとえば、かかってきた電話の相手が思い出せない、どのような内容だったのか思い出せないなどはよくあることですが、これらはメモを書くことなどによって解決できます。また、朝ご飯を食べたことは覚えているが、そのメニューがさっそく思い出せないということも良く経験します。しかし、何かのヒントがあれば思い出すことができるなど、日常生活にはあまり支障がありません。

加齢による物忘れは、高齢者本人が「このごろよく忘れる」などの自覚があり、自身でなんとか対応を考えて暮らすことができます。

「認知症による物忘れ」

認知症による物忘れは、電話がかかってきたこと自体を覚えられない、その時には思いついてメモを書いたとしても、そのメモを書いたことも忘れてしまう。また、朝ごはんのメニューどころかご飯を食べたことを忘れてしまう。

このように、出来事全体を忘れてしまうために、日常生活が不自由になり、本人はもちろん家族や周囲の人も混乱します。認知症の初期には本人も何となく以前の自分と違うという思いがあります。強い不安感から気になることを何度も確かめたり、大切なものをしまいこんで見つけられなくなったり、人が盗ったと言う等、家族を悩ませるもののためです。



介護のポイント！

- 1) 病気の進行とともに、記憶障害も徐々に進行していきます。認知症の物忘れによって同じことを「問う・聞く・する」などの症状に対しては、根気よく耳を傾けて聴いてあげることが大切です。しかし、いつも一緒にいる家族にとっては難しくストレスになります。
- 2) ごく初期には、カレンダーに書くことや引き出しの中身を書きだしたシールを貼るなどの工夫をしてみます。
- 3) 物忘れが進むと、その場その場でできないことへの援助が必要になります。本人のできるところとできないことを良く見極めて、できないことを手助けすることが大切です。
- 4) 物忘れによる失敗を指摘したり、非難するのではなく「物忘れ」が病気の症状なのだを理解して、本人が安心できるように助言・援助することが大切です。

● 「食べていない」

何も食べさせてもらっていません。何か食べさせて・・・

「家の者が朝ごはんも食べさせてくれしまへんで、奥さん、お茶漬一杯よんどくれやすな」と近所のお宅に上がりこむ91歳の元気な高齢者。

真夜中、テーブルに座り「めしはまだか？」と何度も催促する、起きている間じゅう食べ続ける過食状態の高齢者。病気が進行すると、調理していない生もの・石鹸・化粧品・その他、食べられないものまで食べてしまうようなことが起こることもあります。初期～中期に現れる「食べていない」は、食べたことを忘れる記憶障害によるものと考えられ、退屈・寂しさ・不安などから来る欲求不満により食欲が過剰になっていることや、さらには脳の障害による満腹感の喪失も考えられます。

食事をほしがる期間は、まだまだ身体が元気で運動量も多い状態で、食事の量や回数が増えたり、甘いものを欲しがっても極端でない場合はあまり心配する必要はないようです。



こんな対応してみました！

- 「さっき食べたばかりでしょう」と言わない方が賢明でした。今したことを**すぐ忘れてしまうという記憶障害のある認知症の人に「さっき」という過去の時間は存在していないことがある**からです。
- 退屈や寂しさの解消には、**みんなの輪の中に入って談笑したり、役割を担ってもらう**などを工夫しました。会話が難しくなった認知症の人に**マッサージをしたり手足をさすってあげるなどのスキンシップをすることで、気持ちが通じて「食べていない！」**を言われなくなりました。
- 「今から支度をするのでもう少し時間がかかりそう、これでも食べててね。」とお菓子とお茶を出してなだめました。「今、食べたとこやないの」とイライラして怒ると、いつまでも怒られたことにこだわって、その後の介護がやりにくくなりました。
- 夜中に起きだしてゴソゴソする認知症の人には、気を紛らわせるのと空腹を紛らわせるために食器戸棚などに少しづつお菓子を紙にくるんで、空き缶や砂糖入れ、丼鉢などいろいろな所に隠しておきました。探して見つけるのが楽しみのように朝にはすっかり無くなり、硬くて噛めない高野豆腐がテーブルに並べてありました。
- 病気が進行して、食べられないものを食べてしまったり、介護への抵抗等が激しくなると目が離せなくなったため在宅介護が難しくなり、特別養護老人ホームへの入所の申込みに踏み切りました。

● なくなった、盗られた

「あなた、私のお金盗ったでしょう。」「隠しているでしょう。」

これまでしっかりしていた認知症の人が「私のお金を盗ったでしょう。返さないよ」と日に何度も言い始めた。「家の者がお金を盗る」と近隣や親類に言って歩く。これ以外のことはしっかり会話もできるし、身近な人以外には認知症を感じさせない初期の頃は、**疑われた人の辛さ、情けなさ、苛立ちは大変なものです。**

大切なものを盗られると思ひこみ、通帳や財布をいつもと違うタンスの奥や布団の間にしまい込み、しまった場所をすっかり忘れて「なくなった」「盗られた」と一日中探し物をしている人もあります。

見つからないものが必要で「ない！ない！」と言っているとは限らず、本人も全く気がついていない心の奥深くに、落ち着いていられない気持ち、不安感、喪失感、欲求不満、自分を認めてほしいという気持ち、自分に注目してほしいと思う気持ちがあり、このような言葉が出ているのかもしれない。



こんな対応してみました！

- 家族の誰かが認知症の人の話を聴き、気持ちを安定させます。**大学生の孫がドライブに誘い、話を聴くことで気持ちが落ち着いた**例もあります。
- 「盗った」と疑われた人も一緒に探し、品物が見つかったときには、**認知症の人が自分で見つけたように**、さりげない工夫をしてみました。
- 一番認知症の人に関わってお世話をしている人が犯人にされることが多く、ストレスがたまります。認知症介護の大変さを理解してくれる人などに**思い切りぶちまけて気持ちを発散させることが大切です。**「家族の会」のつどいは大いに役立っています。
- 親類（兄弟）に集まってもらい、事情を説明してそれぞれの家を1か月ずつ回ってもらうことになりましたが、一巡しないうちに家に戻ってしまいました。このことで介護の大変さが分かってもらえて、介護サービスを利用しやすくなった例があります。
- 家庭不和の要因になったり、子どもの教育上の問題が出てきたり、疑われた介護者がうつ状態になるなどの問題が起こったときに、**介護老人保健施設を3か月利用**したところ、介護者が健康を取り戻し、認知症の人にも家に執着せず「なくなった、盗られた」といわなくなった例もあります。
- 認知症の人にとっての安心が何なのかを見つけてあげて、一人ひとりの心に沿ったお付き合いをすることで、落ち着いて暮らせるようになるようです。

3) 見当識障害・認知障害

見当識障害とは、時間、場所、家族関係など、周囲の状況と自分の関係が分からなくなることです。変っていく月日や季節などが最初にわからなくなると言われています。場所に対する見当識障害とは、私たちでも地下街から地上に出た時に一瞬、町の様子や行きたい方向がわからないということがあります。認知症の人はそんな感覚が日常的に続いていると言えます。今がいつなのか、ここがどこなのかがわからなくなるといのはとても不安なことであり、誰かの助けがないと日常生活を送ることが難しくなります。一緒に暮らしている家族がわからなくなるのは病気がかなり進行してからになります。



介護のポイント！

- 1) 見当識障害には物忘れを伴うことが多く、夜暗くなると認知症の人の不安感は大きくなります。明かりを付けておく、文字やしるしをつけて視覚で判断できるように配慮をするなどの工夫も大切です。
- 2) 病院の入院やショートステイの利用時など、急に環境が変わるとしばらく混乱しますが、徐々に慣れていきますので、何事も気長に取り組むことが大切になります。
- 3) 道具の使い方が分からず戸惑っているときには、手を添えて介助したり、代わりに使って見せませす。言葉で説明しようとしてもその意味がわからず、かえって戸惑いや不安な気持ちになり怒りだすこともあります。

● 外に出て行って帰れない

仕事や買い物に行くつもりで出かけても、物忘れや見当識障害のために周りの状況が把握できず、出かけた目的を忘れてたり、帰り道がわからなくなってしまって家に帰れなくなる場合があります。



介護のポイント！

- 1) 家の中でウロウロすることもあります。危ないものを片づけたり、部屋を明るくして転倒や怪我を防ぎましょう。
- 2) 外へ出て行こうとする場合には戸締りも必要です。ドアにはベルや鈴を付ける、センサーマットを出入り口に設置するなど、出て行く時のサインをキャッチすることも大切です。
- 3) 外に出かけてしまう人には、本人のプライドを傷つけないよう配慮して名前や連絡先が分かるシールを洋服の襟奥や身ごろの内側につける。本人に名刺や携帯電話、GPS機器をもってもらうなどの工夫をする。
そわそわと落ち着かず出て行こうとするのは、強い不安感が原因だといわれています。病気の進行によって起こることもあり、対応だけでおさまるとも言い切れませんが、この場所が本人にとって安心できる場所だと感じることであればこのような行動もおさまっていくことがあります。

● 家に帰ります。帰らせてもらいます。

夕方になると荷物をつくって「家に帰ります」「奥さん、お世話になりましたがそろそろ家の者がまっていますから帰らせてもらいます」と何十年も住んでいる家でも「帰る」という方、家族が夕食の支度で忙しい夕暮れ時に不安感が増して出て行こうとするケースが多く「夕暮れ症候群」と呼んだりします。家族が自分に余り関心を持ってくれない、どうも自分の家とは違うようだ、自分の仕事や役割がなく、ここに居るのは居づらいついて自分の思いの中にある昔の家のようなイメージが頭に浮かんでくるようです。家を改造したり、独り暮らしが限界になって子供に引き取られて同居したような場合にも、症状は強く表れ混乱が起こることが多いようです。



こんな対応してみました！

- 「ご飯の用意ができましたから、どうぞ」などの声をかけ、場面を変えてみました。「今夜はここで泊まってください、明日の朝送りますから」などと話しかけているうちに気持ちが変わったようです。
- 今から出かけようとする時に「電話ですよ」とか「〇〇さんが呼んだはる」などと、呼び止めることで効果がありました。
- 近隣やいつも行くところに**本人の状態を話して知ってもらい、協力をお願いしました。**
- 持ち慣れたバッグや敬老乗車証入れ、杖や草履、運動靴の後ろに電話番号を書いておくことで、知らせてもらい連れて帰ることができました。
- つかず離れずついて行くうち、**先回りして偶然出会ったような振りをして連れて帰ることができました。**
- 帰ってきたときには**「おかえり！」の一言を家族が言う**ことで安心につながったようです。
- **「ここは〇〇さんの家」(認知症の人の名前)と大きく書いて貼っておく**ことで効果があった人もあります。
- 見えないところ、高いところに鍵をつけたり、出て行こうとする時にはセンサーが働いて家族に知らせる器具を取り付けたり、行方不明になったときに居場所が探せるGPS機器や携帯電話を身につけてもらうことで、認知症の人を見つけやすくなります。そのときにも、一緒に探してもらえるご近所さんや知り合いがあれば心強いと思います。近くの派出所に本人の様子などを届けておくことも大切です。

高齢者あんしんお出かけ～小型GPS端末機の貸出～ サービスってなんだろう？

認知症の高齢者等が外出して戻れなくなった場合に、早期に発見できるシステムを利用して事故などを未然に防ぎ、家族が安心して介護できる環境の整備を図ります。



内 容：認知症の高齢者等が外出して戻れなくなった場合に、位置を特定できる小型発信機を貸出すことにより、徘徊高齢者等を早期に発見し、事故などを未然に防ぎます。

対 象 者：介護保険の要介護認定で要支援又は要介護認定を受け、認知症により、外出時に戻れなくなるおそれのある高齢者等を在宅で介護している家族など

利用料金：月額 1,500 円
*生活保護を受給されている方については無料(平成28年4月1日現在)

ご相談・お申込み：お住まいの区の区役所の健康長寿推進課
各高齢サポート（地域包括支援センター）

認知症高齢者の行方不明対応

行方不明となることが心配な認知症高齢者について、あらかじめ相談を受け、ふだんからどのように見守り、支援していくのか一緒に考えることができます。また、あらかじめ情報を登録することで、行方が分からなくなったときに地域の関係機関などに発見協力活動の依頼をスムーズに行うことができます。

ご 相 談：高齢サポート(地域包括支援センター)、お住まいの区の区役所の健康長寿推進課

受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日祝除く）

福祉用具貸与

心身の機能が低下し、日常生活を送るのに支障がある場合に、自宅で過ごしやすくなるための福祉用具や機能訓練のための福祉用具を借りることができます。

- ・都道府県等の指定した事業者が貸出しを行います。
- ・貸与種目：認知症老人徘徊感知機器他

お問合せ：担当のケアマネジャー又はお住まいの学区担当の高齢サポート、お住まいの区の区役所の健康長寿推進課

利 用 料：・福祉用具貸与にかかる費用は、各事業者がそれぞれ設定します。
・利用者の自己負担額は、それぞれの費用の 1 割（一定以上の所得のある方は 2 割）

● 夜中にゴソゴン

物影を泥棒と間違えて棒でたたき、せん妄状態で飛び出す・・・

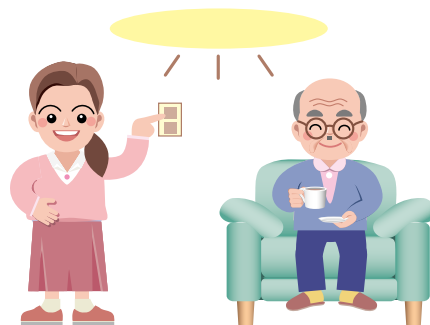
昼間はウトウト眠り、夜暗くなって家人が寝静まるころ、ゴソゴンと動き回るといふ症状は、認知症の人にはよく見られます。

夜中にご近所のお宅を訪問してびっくりさせたり、夜中に炊事をして火の不始末からボヤ騒ぎを起こすなど近所に迷惑がかかる、タンスの衣類を出したり入れたり、それどころか夜中にタンスをあちこちに動かしたり、ガサガサ・ゴソゴン、介護する家族はゆっくり眠れずストレスは大きくなります。夜中のいろいろな行動の中には、死んだ人がそこにいるというような幻覚やせん妄状態になって家から飛び出すというようなこともあります。



こんな対応してみました！

- 幻覚やせん妄を起こりにくくするために、夜中も昼間のように電気をつけて影を作らないようにして、**不安感をもたせない工夫**をしました。
- **隣に寝ることで安心してもらえるよう**に工夫をしました。
- トイレの場所がわからない場合もあります。尿だけではなく便通にも気を配ってトイレまでついに行きました。
- 昼間にできるだけ活動的に過ごすよう簡単な家事の手伝いや散歩、デイケア、デイサービスの利用や、親しい人に来てもらって話し相手をしてもらいました。
- ひとり暮らしの認知症の人を支えていくのに、介護保険サービスの利用だけでは足りないので、シルバー人材センターから人を派遣してもらったり、夜は家族が泊まり込みました。
- 幻覚やせん妄が起きるので精神科医を受診して、薬の処方をしてもらいました。薬の服用に関しては個人差が大きいので、服用後の状態を先生に話し、薬の種類や量の加減をしてもらう必要があります。
- 昼夜逆転は多くの認知症の人に見られます。夜は暗くて不安が増えますが、昼間は明るく安心してよく眠れるようです。いったん昼夜が逆転すると、昼間起きていてもらうように関わるのは家人だけでは無理です。デイサービスやデイケアを利用して日常生活のリズムを作ったり、介護老人保健施設に2～3か月入所して、規則正しい生活を身につけてもらって、効果が得られました。





介護のポイント！

- 1) 昼間よく眠っているために、夜が眠れないと思われることがあります。そんな時には、日中の過ごし方を見直し、散歩や軽作業をしてもらうなどして昼夜の区別をはっきりとし、規則正しいメリハリのある生活が送れるように工夫してみてください。
- 2) 空腹、排泄、体調不良などがなくないか考えてみることも大切です。夜中に起きた時には、軽いおやつやお茶を出してみたり、トイレに誘ってみるのもいいかもしれません。
- 3) 夜も昼もあまり眠らない人もありますが、このような人の介護はとても大変になります。介護を代わってもらう、ショートステイを利用するなどが考えられますが、専門医に相談することも必要になります。
- 4) 暗闇の恐怖から来る不安や寂しさのある時は、照明を明るくしたり、手を軽く握ってそばにいることなどで安心につながることもあります。

● 食べられないものを食べる

病気が進行すると、花瓶に挿した花、調理されていない生もの、腐ったもの、石鹸、洗剤、スポンジ、乾燥材、防虫剤、タバコ、ビー玉、おはじき、化粧水といった食物ではないものを食べてしまうということも起こります。食べられるものと食べられないものの区別ができない、味覚や嗅覚が衰えていることなどによる行為ですが、命にかかわることもあり、目が離せなくなります。



介護のポイント！

- 1) 認知症の人の目につくところには、食べてしまったら危険なものを置かない、手の届かないところにしまい込むなどの配慮が必要です。
- 2) 食べられないものを口に入れているのを見つけた時には、ただ取り上げるのではなく長持ちする飴玉や軽いおやつを渡してあげて、交換をするようにします。

● イライラ感・不安感

認知症の人の行動障害として、お世話をしようとするすると強い拒否反応を示して、手で振り払ったり、「何するの！」と強い口調で怒る方があります。

これらは強いイライラ感や不安感、介護者のしようとしている行為の意味がわからず反発をしてしまうなど、自分を守ろうとして起こることだとわかってあげることが大切です。特にオムツ交換や排泄・入浴の介助など、直接身体に触れるような場面で起こりがちです。



介護のポイント！

- 1) イライラ感や興奮からこのような行為が出ているときには、必死に止めようとするほど増幅することがあります。「この状態がいつまでも続かない」と覚悟を決めてそっとしておき、時間をおいて声をかけるのがいいようです。
- 2) イライラ感や興奮の原因に、空腹、便秘、身体の不調、幻覚などが関係していることもあります。何でそうなっているのかを見極めて、その原因を取り除くことが大切です。
- 3) 介助をするときには、簡単な言葉かけを繰り返しながら、介助内容が分かるような雰囲気づくりを心がけることも大切です。

4) 実際にない音が聞こえる・物が見える

実際に聞こえない音が聞こえる（幻聴）、いるはずのない人や物、虫などが見える（幻視）などの訴えがあり、それに対して呼びかけたり、応えたりします。誰もいないのにお客さんが来ているということもあります。認知症の病気の中でも「レビー小体病」では生々しい幻視・幻聴が出現することが知られています。

薬の副作用が影響することもありますので専門医に相談してみましょう。



介護のポイント！

- 1) たとえ幻覚や幻聴があっても、むやみに否定しないことが原則です。周囲の人が逆らわず受け入れることで、ある程度おさまることもあります。スキンシップをすることで安心してもらえることもあります。しかし、同調しすぎると、幻覚の中に入り込み、不安感が増してしまうこともあるので注意が必要です。
- 2) 軽い場合は、散歩に誘ったり、お茶を飲むなどの気分転換を図ることで落ち着くことがあります。
- 3) 幻覚は昼間よりも夜間に起こりやすいようです。照明を明るくする工夫や、夜ぐっすり眠れるように昼間の過ごし方を工夫してみましょう。
- 4) 幻覚・妄想などのために認知症の人が興奮したり、他人を激しく攻撃するようであれば、早めに専門医に相談するのがよいでしょう。幻覚は薬によって改善されることもあります。
- 5) 妄想は否定せず、背景にある不安や不満を解消したり、日頃からコミュニケーションを図り、良い関係を保つことが大切です。「盗られた」と訴えられたら代わりに物を渡したり一緒に探します。
常日頃こだわっている物があれば、その所在や数を記録しておくといざという時に対処しやすくなります。

● 夜になると様子がおかしくなる

一過性に現れる意識が低下した状態で夜間に生じる幻覚や錯覚を伴う興奮や乱暴な行為を示すことを「夜間せん妄」と言います。天井のしみが人の顔に見えたり、誰もいないのにいると言ったり、まとまりのないことをブツブツ言う、火事だと騒ぐなど、半覚醒、半睡眠（ねぼけ）のような状態です。しかし、その背景には、不安や欲求不満の心理的な要因や日中の不活発があることも少なくないようです。眠剤や向精神薬の過剰な服用でもせん妄が起こることは知られています。



介護のポイント！

- 1) 意識がボーッととして、不安感が強い場合、まず安心させてあげることが大切です。一人にせず、静かな場所でなじみの人が手を握って落ち着かせ、暗すぎない、安全な環境を整えて興奮がおさまるのを待ちましょう。大声で叱りつけたり納得させようとしても効果はありません。
- 2) 昼間の刺激が少なく、ウトウト寝ていることが多い場合、夜になってもよく眠れず不安定な状態になることがあります。昼間の働きかけを増やし、メリハリのある生活リズムができるように習慣づけることが有効です。
- 3) 興奮が強く、呼吸や意識の異常が続くようなら、家族も認知症の人にも辛いので、医師に相談したほうがよいでしょう。
- 4) 原因となる疾患が隠れている場合もあります。せん妄状態の治療や心理面に対するストレスの軽減を図る工夫が必要になります。

5) 失禁

失禁の原因はいろいろ・・・

長年使い慣れたはずのトイレがわからず、風呂場、玄関、台所とウロウロ探しまわった形跡を見ると、掃除をする家族の大変さはもちろんですが、認知症の本人の気持ちを考えるとせつなくなってきました。

失禁の原因はいろいろですが、認知症でも症状が進むにつれ、対応の仕方を工夫していかなければなりません。骨盤底筋のゆるみのために失禁してしまう人、尿がたまっているという感覚がわからない人、トイレに入っても便器が認識できず、洋式トイレをお風呂と間違える人もあります。

下着の下ろし方がわからない、用をたす順番がわからず最初に手を洗ってしまい、間に合わずに失禁してしまうなど、人によって状況は異なりますが、在宅介護を続ける限り失禁対策はついてまいります。



こんな対応してみました！

- 初期には、夜でもトイレの周囲を明るくして漢字で「便所」と張り紙をすると効果がありました。

- トイレの鍵を中から掛けてしまわれぬ工夫も必要です。改造をして介護者が介助するためのスペースを作り、失禁に対応しました。
- ウォシュレットを使うことで、清潔に気持ち良く用を足せるようになりました。
- 様子を見て、できるだけトイレに誘導することで失禁が防げました。
- 衣類の工夫も大切です。トイレに行きたくなるとズボンを脱いでしまうおばあさんにスカートをはいてもらうことで、トイレから出てきたときに局所が隠れて助かった例もあります。
- 自分でトイレに行けるが時々失敗がある場合、失禁パンツや尿漏れパッドなど種類も豊富になっています。介護用品店で相談して本人の状態に合うものを使用しました。
- 排泄は本人が一番気にしていることのひとつです。**プライドを傷つけない言葉かけが大切だ**ということを感じました。
- 便秘も多い症状のひとつです。繊維の多い野菜や海草を食べてもらったり、頑固な便秘には、医師に相談して下剤や浣腸の種類や量の調整をしてもらうことで、失禁対策に繋がりました。

● 便をさわる・周囲に擦りつける

排便後、自分で上手に処理ができず、気持ちが悪いので下着や便の後始末をしようとして、どうしていいかわからなくなり手についた便を周囲に擦りつけてしまうことがあります。嗅覚や周りの状況把握の衰えによって起こってくる行為ですが、介護する人もその対応に悩みます。



介護のポイント！

- 1) 排泄の介助をしてもらうことは、認知症の人にとっても強い羞恥心を抱かせることです。まして、失敗してしまった時には、介護者の言葉や態度には本人のプライドを傷つけないような配慮が求められます。認知症の人の思いを受け止めた上で、後始末やトイレへの誘導をしてもらいたいと思います。
- 2) トイレの場所がわからなくなった時には、分かりやすい表示をすることや、排泄の時間を見計らって誘導するなど、規則的な排便習慣をつけることが大切です。
- 3) 下着やオムツの中に手を入れるのは、気持ちが悪いと考え、すぐに交換します。便秘になると肛門の周囲が不快になりさわってしまうことがあります。食事、運動、腹部マッサージ、緩下剤の服用などの便秘対策で規則正しい排便リズムをつけることが有効です。
- 4) 介護者が認知症の人の排泄パターンを把握するために、排便のあった日や時間などを記録することで、トイレ誘導やオムツ交換の目安になります。また、一人ひとりの便意のサインの有無を観察しておくことで援助のタイミングが把握できることもあります。

1) 若年性認知症とは？

若年性認知症とは、基本的に高齢者の認知症と同じ疾患によって起こる病気ですが、65歳までに発症した場合を言います。その原因として、アルツハイマー病、前頭側頭型認知症、脳血管障害、また事故などによる頭部外傷等、多くの原因疾患があげられます。

高齢期に発症する認知症に比べ、その進行が速い場合が多いことや、女性よりも男性の方が多いのが特徴です。

2) 若年期で認知症をかかえるということ

若年期に認知症をかかえるということは、仕事や家事、育児、ときに親の介護をしている等、社会的役割の大きい時期であるため、家庭や社会、また心理面への影響が大きく、高齢期に発症する認知症に比べ問題が深刻になることがあります。

その背景には、若年性認知症に対する社会的な理解が不足していることで、ご本人や家族に対して偏見を持たれたり、家族も病気とは思わず誤った対応をしてしまうということがあります。

また、本人も家族も症状に何となく気づきはじめても、それぞれの思いや、若年期認知症を診断できる病院が不足していること等から、早期発見、治療に結びつかないといったこともあります。

経済的な問題を抱えることも少なくありません。それまで家計を支えてきた家族が若年期で認知症を発症し、仕事を続けられなくなった場合、たちまち経済的な問題をかかえることとなります。生計中心者が若年性認知症でなくても、認知症の家族の介護のために退職せざるを得ない状況になることもあり、経済的問題は若年性認知症の方や家族の暮らしに大きく影響を与えることとなります。

働き盛りの家族が認知症を抱えることで、認知症の症状への対応や介護疲れから家庭不和につながることもあります。

また、若年性認知症の方を対象とした専門の医療や福祉サービスが整っていないということも、ご本人や介護者にとってさらに困難な状況を生むことになっています。

3) 一人で抱え込まないで

このように、若年期で認知症をかかえるということは、本人のみならず家族にも大きな影響を与えることとなります。地域や職場をはじめとした社会全体で、若年期認知症について理解し、サポートしていくことが重要となります。

ご本人やご家族は一人で抱え込まないことです。まずは医療機関や相談機関に相談してみましょう。(p 40を参照)

40歳以上であれば、「介護保険制度」のサービスを利用することができます。(若年性認知症は、介護保険の特定疾病のひとつとして、保険給付の対象となります。)

また「精神障害者保健福祉手帳」や状態によっては「身体障害者手帳」の取得により、障害福祉サービスの各種制度を利用することができます。

さまざまな制度等を活用しながら病気と付き合っていくことが大切になります。また、同じ悩みをもつ人と話せるような集まりに参加して、仲間をつくっていくことも大切なことです。

◆制度・施策等に関する相談窓口

・介護保険制度に関する相談

お住まいの区の区役所の健康長寿推進課

・障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳や身体障害者手帳）の申請、障害福祉サービスの利用に関するご相談

お住まいの区の区役所の障害保健福祉課

◆就労支援（雇用継続・再雇用）相談窓口

・京都障害者職業センター

下京区西洞院塩小路下る東油小路町 803 075-341-2666

職業相談・評価、職業準備支援、職業適応援助者（ジョブコーチ）支援、リワーク（職場復帰）支援

・京都障害者職業相談室

075-341-2626 職業相談・職業紹介

・京都ジョブパーク はあとふるジョブカフェ

075-682-8029

就労に関する相談・企業実習・定着支援など関係機関と連携した総合的支援。

・京都障害者就業・生活支援センター

左京区下鴨北野々神町 26 北山ふれあいセンター 075-702-3725

障がいのある方の仕事や生活に関する悩みごとの相談に応じ、それに対する助言、就業訓練のあっせんなどを行う。



1) 認知症介護の大変さ

「いつも介護、お疲れさま…」、たとえ毎日そう声をかけてくれる人があったとしても、認知症の人の介護はなかなか報われたという感じがもてないのが実際です。ましてやそういう「お疲れさま」のねぎらいのないまま昼夜を問わない介護を続けておられる介護者は「自分ばかりがどうして…」という孤独感に陥りがちです。

実際の介護の大変さを一番わかっているのは、他ならない毎日介護しておられるその方自身。そして、その大変さが案外まわりの人に十分伝わりにくいのが、認知症の人の介護です。症状のあらわれ方は、その人その人によって様々ですが、比較的よく見られる傾向として、認知症の症状は一番身近な介護者に対して、顕著にあらわれると言われています。

時々訪ねてくる親戚や友人はもちろん、一緒に住む他の家族でさえ理解しきれていない状況があることも少なくありません。一番身近な介護者が被害妄想の対象になると、やりきれないものです。なぜそんなことになるのでしょうか。

私たちが日常の生活の中で、外向きの顔と身近な人にしか見せない顔があるように、認知症の人も、たまに会う人には気を張っておられるのか、驚くほどしゃきっと対応されることがあります。さっきまで混乱されていた方が、しっかりとした調子で他の人と会話しておられたりするのを見て、介護者の方は戸惑いを感じられることも多いのではないのでしょうか。そしてそんな違いが、介護者の本当の大変さをまわりの人に見えにくくさせている要因にもなっています。

介護されているご家族の声

92歳で要介護5・認知症の実母をデイサービス週3回、ショートステイを毎月数日利用しながら在宅で介護を続けて10年。嫁いだ娘二人と夫に支えられ、今では自分のリズムを保ちながら介護されているAさんのエピソードです。

母は3年前より失禁が激しくなり、頻回にオムツを換える必要が出てきました。また、夜中には「家に帰る」と言いなが玄関を出ようとし、止めようとする私と言い合いに。「帰る!」「誰が何をしてくれるんや!」と母は私を怒鳴りつけます。こんなやりとりが1時間ほど続くと、私もだんだんと疲れてきて、最後にはつい手が出てしまい、軽く叩くと「親をしばくとは何事か!」とまた怒鳴られます。こんなとき、「もう、いいわ」と思いつつ、あとから母に対し「叩かなければよかった」と後悔して、ドッと疲れます。今振り返ると、この頃が最も辛く、「あの時の私はおかしかった」ことを思い出します。

日々の介護に奮闘して疲れ果てている私を見かねた娘たちが、私の夫に対し、私の息抜きの必要性について説得してくれました。そのおかげで、今では母がデイサービスに行く時間は、私にとってはやすらぎの時間になりました。時間は限られているけれど、友達と出かけて、おしゃべりしたりすることでリズムを保っています。

それから、私はいつもの散歩道を一日4回犬と散歩に出かけます。途中にある家の人に「どうして日に何度も散歩しているの?暇なの?」と聞かれ、今介護している状況と、犬の散歩で生活リズムを整えていることを説明しました。それからその人は、いつも激励の言葉をかけてくれるようになりました。

もちろん、今でも日々の介護で何かあればどうしようという不安はあります。でも、いざとなれば119番があるからなんとかなると、ようやく考えられるようになりました。

介護は一人では無理だと思います。私にとっては、話を聞いてくれる人や、一緒にランチに行ってくれる人の存在がとても大切です。

2) そして、家族ゆえの大変さ

家族介護といっても、介護する人、受ける人の立場や家庭の事情はそれぞれで異なります。実親の介護、義理親の介護、夫婦間の介護・・・など、これまでの長い時間の中で培われてきた関係やしがらみがそれぞれにあります。

しっかり者で自慢だったお母さんにあらわれた認知症。一生懸命介護したいと思っても、「あのお母さんが、なんでこんなふうになってしまったのか」と納得しきれない気持ちをかかえての介護。反対に、これまで関係のうまくいっていなかった夫婦や親子関係での介護であっても、「私が介護しなければ」と思いつつも、これまでの関係から割り切れない思いが介護の中で頭をよぎることもあるのではないのでしょうか。

加えて、「家族だから介護して当然」とみなされる社会の雰囲気があれば、介護者の心身の負担は増すばかりです。「家族だからこそ、大変」という周囲の理解が求められます。

また、核家族化が進み、長男、嫁、娘などといった家庭内での役割意識がそれぞれに異なり、「家族」の形、あり方が変わってきており、地域社会の様子も変化している中では、介護は家族だけ、ましてやその中の誰かひとりだけで抱えきれものではもはやありません。

介護されているご家族の声

78歳で要介護4・認知症の夫をデイサービス週1回、デイケア週1回、半年前よりショートステイを隔月で1ヶ月利用しながら在宅での介護9年、息子二人の前では夫が不穏になるため一人で介護されているFさんのエピソードです。

夫の物忘れがはじまったのは、今から約10年前。その頃、夫はまだ自営業を営んでいて、その手伝いをしていた私は、夫の異変に少しずつ気づくようになりました。

症状は「まだら」であったこと、プライドの高い夫を今まで全面的に頼りにしていたことから、「おかしい」と感じて、私は夫の物忘れを認めたくない気持ちでいっぱいでした。そして、とにかく周囲にバレないように必死でカバーしていました。それが次第に私のストレスとなり、体力の限界を感じ、サービス利用を考えるようになりました。異変に気付いて、すでに6年が経過していました。

当時の私は、夫の駄目になったところばかり目に付いて、夫の嫌がる言葉をたくさん言っていました。しかし、主治医より「(夫が) 反抗することは、本人の持っている能力なんです。だから、これを大切に認めてあげてください」と言われ、夫への思いを変えることができました。それから次第に、夫の症状が顕著になってきても開き直れるようになり、逆に隠すことがしんどいと思えるようになってきました。

今では、多くの情報をもとに、在宅を隔月の介護老人保健施設入所でリフレッシュしながら介護を続ける体制を整えることができました。ただ、これからずっとひとりで介護していくことは不可能です。だからといって、子どもたちが言うように簡単に入所に踏み切れません。親と夫婦は違います。

ずっと介護しろと言われるとできないけれど、「ホッ」とできる時間があると「(介護が) できる」と思っています。介護って「先の見えない不安があるから、先に見える安心が必要」だと思っています。

3) 介護者のからだの健康、こころの健康

高齢化により介護する期間も長くなった今、介護には長丁場を乗り切る体力と心の柔軟さが必要になってきます。介護するご自身の心と身体の健康を保つために、介護者としての生活の中にも、「わたし自身」のための時間、機会を大切にすることを忘れないでください。たとえば・・・

- (1) 介護保険サービスやその他のサービスをうまく取り入れることで、休息の時間を確保する。
- (2) 介護者の会などを利用し、安心して気持ちを話せる場や仲間をつくっていく。
- (3) 特に気になるところがなくても、ストレスは知らず知らずにたまっていきます。職場や市民検診など、健康診断で体のチェックを忘れずに。
- (4) 介護を忘れて没頭できる「わたしのストレス解消法」を見つけて、そのための時間を「がんばっている自分」にプレゼントする。

長い介護生活の中で、介護者ご自身が高血圧症や動悸、めまいを感じられることも少なくありません。これらはストレス性のものもありますが疾患が背景にあることも考えられますので早めの受診が大切です。

わたしのストレス解消法(介護家族の実践例から)

- 友人に話を聞いてもらったり、買い物に行ったり。別居中の家族が協力してくれる時は介護を任せて、自由時間をつくる。
- ショートステイを定期的にご利用。そのペースに慣れて順調にご利用できるようになって、ずいぶん気が楽に。
- サービス利用で得られた自由時間で、プールへ。そこで友人と話し、気分転換。
- 介護家族の交流会はわたしの心のリハビリ。「家に帰れば介護が待っている」という状況は変わらなくても、少しスッキリとした新たな気持ちで、また向き合える。



4) こころの負担を軽くして、 「わたしの介護ペース」を・・・

認知症の人の症状や介護者の状況は、その人、その家庭によってさまざまであり、これらは介護者一人ががんばったからといって一朝一夕に好転するものとはいえないのが実際です。長い介護を乗り切るために、身体の健康に留意すると同様、心の中にストレスを溜め込まないことが大切です。

介護者の心の変化

介護する立場になった介護者の心の変化にも段階（ステップ）があると言われています。

- 介護を要する状況の家族を抱えることになる。



第1ステップ **とまどい・否定**→まさかそんなはずはない、どうしよう

第2ステップ **混乱・怒り・拒絶**→ゆとりがなく追い詰められる

第3ステップ **割り切り**→なるようにしかならない

第4ステップ **受容**→あるがままを受け入れられるようになる

介護者の心の変化には上記のような段階（ステップ）があると言われています。

あるいは、これらの段階（ステップ）は行きつ戻りつかかもしれません。受容したと思っても疲れがたまり、怒りや混乱がぶり返すという時もあるでしょう。

怒り、悲しみ、やるせなさ・・・、日々の一つ一つの葛藤を乗り越える力、それは介護者ご自身の中から生み出されるものです。しかし、介護者が孤立や疎外感の中にあると、その力を発揮する意欲さえ失われかねません。そのため、介護を乗り越えるあなたご自身の伴走者を見つけることがとても大切です。

自分ひとりで多くを抱えすぎると、心も身体も混乱し、いい考え・状況も生まれにくくなります。家族や友人はもとより、保健、福祉の相談機関にはいろいろな職種の専門家がいますので、それぞれの立場からの助言を受けるといいでしょう。

行政の発行する広報誌や地域のコミュニティ紙など、お住まいの地域に情報アンテナを張り、疲れた時こそ外へ出て、誰かへ悩みを話してみることが「今の困難な状況」から抜け出す第一歩と言えます。

一生懸命介護すればする程、疲れはたまります。そんな時に認知症の人につらく当たってしまって、やさしくできない自分を責めてしまうということがあります。毎日、しかも昼夜を問わない、先の見通しの立ちにくい介護に当たっている、それだけで大変なことです。

完璧な介護者を目指して自分を責めるよりも、がんばっている自分を認めて、介護している自分自身の心の安定を保てるよう、**自分なりの「良い加減」のペースをつかんでください。それが結局、介護を受ける側の方にとっても良い環境をもたらすことにつながります。**

また、すべてに手を貸すことが良い介護とも言えません。その方の状態をよく見て、自分でできることは促しの言葉をかけていきましょう。**認知症の人ご自身の「生活力」（残存能力）を引き出し、介護を受けるばかりでなく、自分で「生きている」と実感できる生活を少しでも長く続けていただくことが、長い目で見れば介護する側、受ける側両方にとって、不必要なストレスを軽減していくことにつながります。**

1) 相談窓口

1人で悩まず まずはご相談ください

認知症の人を介護している方にとって、昼夜を問わない介護にイライラすることもあり、優しくできないときもあるでしょう。あまりご自身を責めず、介護保険サービス等を利用して、少しでも介護の負担を軽くすることが大切です。そうすることが、認知症の人にとっても「住み慣れた家で過ごす時間を長くする」ことにつながります。

ひとりで悩まず、思い切ってお相談されることをお勧めします。また、わからないことは十分納得できるまで相談しましょう。

京都市長寿すこやかセンター

京都市長寿すこやかセンターでは下記のような相談窓口・交流会を設けています。お気軽にご相談ください。

◆一般相談

京都市内にお住まいの高齢者ご本人やそのご家族、高齢者福祉に関わる専門職の方を対象に、認知症や介護、生活等に関する相談に、センター職員が応じます。

【相談受付日時】 月～土曜日／午前9時～午後9時
 日曜・祝日／午前9時～午後4時30分
 (休所日) 毎月第3火曜日(祝日の場合はその翌日)及び年末年始(12月29日～1月4日)
 【利用方法】 電話・来所・メールでご相談を受付けています。
 【連絡先】 電話 075-354-8741 ファックス 075-354-8742
 E-mail sukoyaka.info@hitomachi-kyoto.jo
 【所在地】 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地の1
 (河原町五条下る東側)「ひと・まち交流館 京都」4階

◆専門相談(予約制) ※事前に長寿すこやかセンターにお問合せください。

上記の一般相談を受けられた方で、必要に応じて下記の専門家がご相談に応じます。

	内 容	相談対応者	相談対応日時
認知症相談	医師による認知症に関する相談	精神科医 神経内科医	要日程調整
法律・権利擁護相談	高齢者に関する法的トラブルや権利擁護に関する相談	弁護士	第2・4火曜日 午後
成年後見支援相談	成年後見制度の利用に関する相談	司法書士 社会福祉士	第1・3月曜日 午後 第2・4木曜日 午後

◆交流会

＜認知症の人の介護家族交流会＞

認知症の人を介護しているご家族を対象に交流会を開催しています。「最近、家族に認知症の症状が見られる」、介護する上で「こんなことに困っている」という悩みや心配ごとを抱えておられる方、認知症介護の悩みや不安について一緒に考え、分かち合っていく場です。明日からの介護の“元気”につなげてみませんか。

※すこやかセンターの嘱託精神科医や認知症の人と家族の会から助言を受けることもできます。

【開催日】 毎月第3水曜日 午後1時30分～3時30分（変更になることもあります）

＜認知症カフェ＞

若年性認知症の方や初期認知症の方が集う場が各地域で開催されています。お茶を飲みながら話をしたり、悩みを分かち合う場となっています。

※すこやかセンターでは、市内認知症カフェについてのご案内もできます。

認知症疾患医療センター

認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とする専門医療機関です。

保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を実施しています。

医療機関	所在地	電話
京都府立医科大学附属病院	京都市上京区河原町通広小路上る梶井町465	075-251-5566
京都府立医科大学附属病院 北部医療センター	与謝郡与謝野町字男山481	0772-46-4741
一般財団法人 療道協会 西山病院	長岡京市今里5-1-1	075-955-2229
医療法人 栄仁会 宇治おうばく病院	宇治市五ヶ庄三番割32-1	0774-32-8226
京都府立洛南病院（宇治市）	宇治市五ヶ庄広岡谷2	0774-32-5960
京都山城総合医療センター	木津川市木津駅前1-27	0774-72-6363
公立 南丹病院	南丹市八木町八木上野25	0771-42-5703
独立行政法人 国立病院機構舞鶴医療センター	舞鶴市字行永2410	0773-62-1710

※京都府内では、上記の8か所の医療機関が「認知症疾患医療センター」に指定されています。

認知症の電話無料相談（京都府認知症コールセンター）

相談員：認知症介護経験者等

電話相談：月曜日～金曜日 午前10時～午後3時

（土・日・祝、お盆、年末年始を除く）

通話無料 フリーダイヤル **0120-294-677**

若年性認知症の電話無料相談（京都府若年性認知症コールセンター）

相談員：看護師等

電話相談：月曜日～金曜日 午前 10 時～午後 3 時
（土・日・祝、年末年始を除く）

通話無料 フリーダイヤル **0120-134-807**

若年性認知症の電話相談（京都府こころのケアセンター）

認知症の可能性のあるご本人とそのご家族からのご相談に応じています。

電話相談：月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 12 時 午後 1 時～3 時
（土・日・祝、年末年始を除く）

電話 **0774-32-5885**

きょうと認知症あんしんナビ（京都地域包括ケア推進機構）

本人、家族、医療・介護の専門職、行政職員など、それぞれの立場にとって有用な情報を一元的に発信するポータルサイトです。医師・医療機関リストの閲覧・検索が可能です。

HP アドレス：<http://www.kyoto-ninchisho.org/>

公益社団法人 認知症の人と家族の会（電話相談）

認知症の人と介護家族、認知症介護に携わっている専門職、認知症に関わる医療職や研究者、認知症に関心のある人などが会員となり、「つどい・会報・相談」を活動の中心に置き、認知症に関係した調査研究などの活動を行っています。

電話相談：月～金曜日 午前 10 時～午後 3 時（土・日・祝日は休み）

通話無料 フリーダイヤル **0120 - 294 - 456**

住所：〒 602-8143 京都市上京区堀川丸太町下ル 京都社会福祉会館内

連絡先：電話 075-811-8399 FAX 075-811-8188

E-mail:office@alzheimer.or.jp

若年性認知症の電話無料相談（認知症介護研究・研修大府センター）

専門教育を受けた相談員が、若年性認知症に関するご相談に応じています。

月曜日～土曜日 午前 10 時～午後 3 時（年末年始・祝日除く）

通話無料 フリーコール **0800 - 100 - 2707**

お住まいの地域を担当する高齢サポート（地域包括支援センター）

高齢者やその家族、近隣に暮らす方の介護に関する相談や心配ごと、悩み以外にも健康や福祉、医療や生活に関する相談に応じています。京都市が委託運営している公的な相談窓口で、市内に 61 か所設置されています。

お住まいの区の区役所・支所

- ・介護保険制度に関するお問合せやご相談 ・ ・ ・ **健康長寿推進課**
 - ・障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳や身体障害者手帳）の申請、障害福祉サービスの利用に関するご相談 ・ ・ ・ ・ **障害保健福祉課**
- ※障害者手帳等の申請により、介護保険制度以外の障害福祉サービスが利用できることがあります。

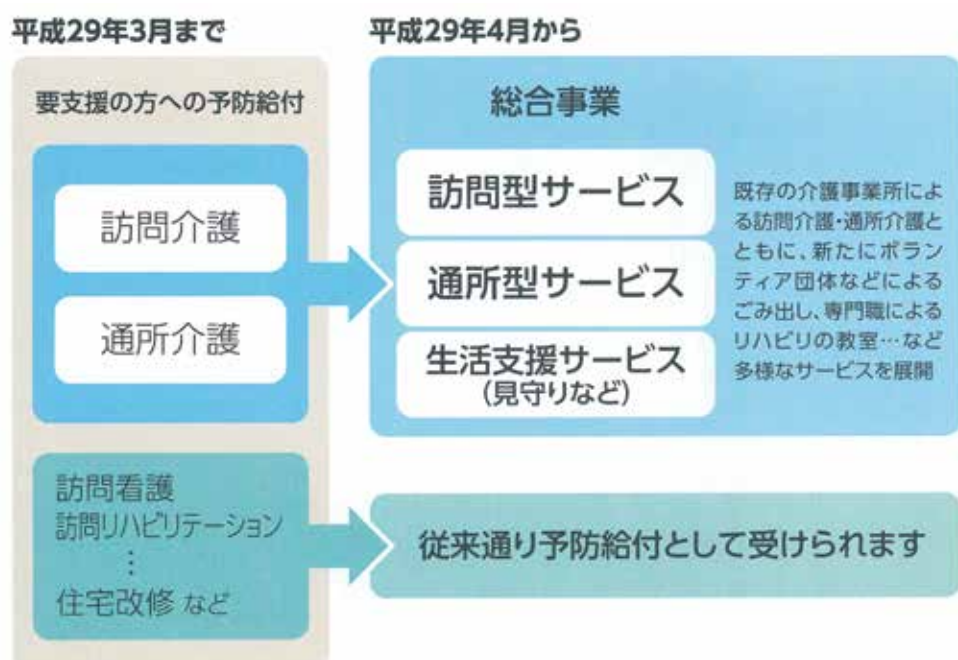
2) 介護保険法改正による介護予防・日常生活支援総合事業について

介護保険には、要介護の方への介護給付、要支援の方への予防給付があります。「認知症対応型」のサービスもあります。介護保険サービスについては、高齢者のためのサービスガイドブック「すこやか進行中！！」をごらんください。

介護保険の要支援の方への予防給付のうち、訪問介護・通所介護については、市町村が行う地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）へ移行します。

京都市では、総合事業を平成29年4月から開始予定としています。既存の介護事業所によるサービスとともに、新たに例えばボランティア団体などによるごみ出し、専門職によるリハビリの教室など多様なサービスの提供が充実される予定です。

なお、移行後も専門的なサービスが必要な場合には、引き続き従来型の訪問介護や通所介護を利用することができます



3) 相談や受診前にまとめてみましょう！

相談をする時は、介護者が困っていることを要領よく話し、適切なアドバイスが得られるよう、下記のような相談のポイントをまとめておきましょう。

(1) 基本的な事項

- ①認知症（かもしれない）人の名前・生年月日・年齢・性別・住所・収入など
- ②生活歴（出生地、職業歴、結婚歴、過去の大きな出来事など）
BPSD（周辺症状）が何を表しているか考える時に必要な情報となります。
- ③生活習慣（お酒・たばこ・食事・運動など）
- ④日常生活の自立度（食事・排泄・着替え・服薬など身の回りのことができるか）
- ⑤家族構成（同居している家族・別居の家族や居住地・介護条件など）

(2) 困っていること

- ①経過 **いつから** 認知症かなと感じたのはいつか?(どんな時か)
どのようなことが 症状や介護上の問題
- ②現在の状況 **症状** 主な介護者と介護の状況・経済的なこと等

(3) 健康状況

- ①過去にかかった病気 病名・いつ頃(何歳の頃)・受診医療機関・結果(治療・治療中・中止)
- ②現在かかっている病気 病名・いつ頃(何歳の頃)・受診医療機関・結果(治療・治療中・中止)

<参考文献>

- 1) 高齢者痴呆介護研究・研修センター、テキスト編集委員会編著「高齢者痴呆介護実践講座Ⅰ 研修用テキストー基礎課程ー」(第一法規出版) 2003
- 2) (社) 呆け老人をかかえる家族の会編「痴呆の人の思い、家族の思い」(中央法規出版) 2004
- 3) 阿保順子「痴呆老人が創造する世界」(岩波書店) 2004
- 4) 小澤勲著「痴呆を生きるということ」(岩波新書) 2003
- 5) 中央老人福祉センター発行「宝・優」
- 6) クリスティーン・ボーデン著「私は誰になっていくの?アルツハイマー病者からみた世界」(クリエイツかもがわ) 2003
- 7) 認知症介護研究・研修大府センター編集、平成19年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書、三センター合同研究「若年認知症支援ハンドブック」
- 8) 若年痴呆家族会編「若年痴ほう患者家族のたたかいー語り始めた家族たち」(筒井書房) 2003
- 9) 松本一生著「ものわすれが気になる人・家族・支援者のための認知症介護サポートマニュアル」(河出書房新社) 2007



認知症の方の在宅介護

支え支えられる毎日が、ゆったり、いっしょに
たのしい日々となりますように

平成29年3月 第11刷

監修者：椿 恒雄

発行：京都市／社会福祉法人京都市社会福祉協議会／
京都市長寿すこやかセンター

〒600-8127
京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地の1
「ひと・まち交流館 京都」4階

電話：075-354-8741 FAX：075-354-8742
E-mail:sukoyaka.info@hitomachi-kyoto.jp

